ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2015

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 2015. 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 EXPERIMENTAL

L6 · Diseños cuasiexperimentales

Respuesta correcta: 1

En un diseño cuasi-experimental de cohortes:

1. La cohorte anterior al grupo experimental hace las funciones de grupo de control no equivalente. ✓
2. Podemos concluir relaciones de causalidad entre las variables en estudio.
3. No se puede introducir una intervención como variable independiente porque solo es aplicable para el estudio de fenómenos naturales.
4. Debemos obtener una amplia serie temporal de medidas pre y post para poder destacar la amenaza de la selección diferencial.

En el diseño de cohortes, la cohorte anterior hace de grupo de control no equivalente

Quintanilla y colaboradores sitúan el **diseño de cohortes** entre los diseños cuasiexperimentales con **grupo de control no equivalente**. Una cohorte es un grupo de personas de una institución que pasa por las mismas circunstancias durante un tiempo, y por eso se habla también de diseños de ciclo institucional. Se compara la **cohorte experimental**, que recibe el tratamiento (por ejemplo, una reforma educativa), con la **cohorte de control**, que suele ser el curso anterior, en el que la reforma no se produjo. Como los grupos no se forman al azar, se parecen entre sí pero no alcanzan la equivalencia de la aleatorización, y la amenaza de **selección** no puede descartarse definitivamente.

1. El manual lo ilustra con un programa aplicado a los niños de un curso, cuyos resultados se comparan con los de los niños del curso académico anterior, que hacen de cohorte de control.
2. Estos diseños permiten establecer inferencias causales razonables, pero no descartan la amenaza a la selección, y la falta de aleatorización limita la seguridad de que los resultados se deban solo a la variable independiente.
3. En los cuasiexperimentos sí se manipula la variable independiente; lo que falta es la asignación aleatoria. En el ejemplo del manual, la intervención es un programa de juego que aplica el terapeuta.
4. Tomar varias medidas antes y después del tratamiento es lo propio de las series temporales interrumpidas. El diseño de cohortes básico tiene una sola medida en cada cohorte.

Ojo. El cuadernillo oficial escribe «destacar la amenaza de la selección diferencial» donde el sentido pide «descartar». Con cualquiera de las dos lecturas, la opción 4 describe un rasgo de las series temporales interrumpidas.

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, 6.6.1.2 y 6.8.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema L6 · Diseños cuasiexperimentales. Se estudia con Quintanilla (Base).

2

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L1 · El método científico y las estrategias de investigación

Respuesta correcta: 2

¿Qué condiciones debe cumplir una muestra de participantes de un estudio para que sea representativa de la población?:

1 Que se haya obtenido por aplicación de un muestreo de juicio o selección experta.

2 Que su tamaño sea suficiente y se haya conseguido que las variables que caracterizan a la población estén presentes en la muestra. ✓

3 Que los criterios de inclusión y exclusión en la muestra sean conocidos y públicos.

4 Que la población objetivo sea lo más cercana posible a la población.

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

Para que la estimación de los parámetros a partir de la muestra sea segura, Quintanilla y colaboradores piden que la muestra sea **representativa**, **suficientemente grande** y **aleatoria**. Representativa significa que el subconjunto de elementos comparta las características de la población que representa; en caso contrario la muestra está sesgada y sus resultados no se pueden generalizar. El tamaño se recomienda grande para garantizar que todas las características de la población estén representadas en la muestra, y debe aumentar si la población es heterogénea. La opción 2 reúne esas dos condiciones.

1 El muestreo intencional, opinático o de juicio experto es no probabilístico, y con él no hay seguridad sobre la representatividad de la muestra ni pueden generalizarse los resultados a toda la población.

2 Recoge las dos condiciones del manual, un tamaño suficiente y que las características de la población estén presentes en la muestra.

3 Los criterios de inclusión y exclusión se describen en el apartado de participantes del informe de investigación, pero darlos a conocer no garantiza que la muestra se parezca a la población.

4 La representatividad se predica de la muestra respecto a la población; la opción compara la población objetivo con la población, sin decir nada de la muestra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 2, apdo. 2.2.3.2; cap. 11, apartado de método (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación. Se estudia con Quintanilla (Ampliación) y Quintanilla (Base).

3 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L18 · Contraste de la relación entre variables

Respuesta correcta: 1

En el contraste estadístico X^2 (chi cuadrado) la frecuencia teórica es:

1 La frecuencia esperada. ✓

2 La frecuencia observada.

3 La diferencia entre la frecuencia observada y la esperada.

4 La frecuencia que se obtiene en la tabla de la distribución X^2.

En la ji-cuadrado, la frecuencia teórica es la que se espera si las variables fueran independientes

La prueba **X^2 de Pearson** contrasta la hipótesis de **independencia** entre dos variables categóricas. Pardo, Ruiz y San Martín explican que para ello se comparan las **frecuencias observadas**, las que se obtienen al recoger los datos, con las **frecuencias esperadas**, las que cabe esperar en cada casilla si las variables fueran independientes. Se estiman multiplicando las frecuencias marginales de la casilla y dividiendo el producto entre el total de casos. Suárez Falcón las llama **frecuencias teóricas (o esperadas)**, frente a las empíricas u observadas. El estadístico obtenido se compara después con el punto crítico de la distribución ji-cuadrado.

1. Suárez Falcón define la frecuencia teórica como la que aparece en cada casilla en caso de independencia, es decir, la esperada.
2. La frecuencia observada o empírica es la que corresponde a los datos recogidos, el término con el que se compara la teórica.
3. La diferencia entre la frecuencia observada y la esperada es la base del estadístico, que suma esas diferencias elevadas al cuadrado y divididas entre la frecuencia esperada.
4. En la tabla de la distribución ji-cuadrado se busca el punto crítico que delimita la zona de rechazo (5,99 con dos grados de libertad en el ejemplo de Pardo).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2015). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 10, págs. 282-285 y cuadro 10.1. Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 160-161.

EN EL ATLAS

Tema L18 · Contraste de la relación entre variables. Se estudia con Pardo I (Base).

4 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 2

El nivel de significación (α) suele ser un valor:

1. Muy pequeño porque cuanto menor es α mayor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula.
2. Muy pequeño porque cuanto mayor es α mayor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula. ✓
3. Muy grande porque cuanto mayor es α mayor es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula.
4. Muy pequeño porque cuanto mayor es α menor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula.

Se elige un α pequeño porque es la probabilidad de rechazar por error una hipótesis nula verdadera

El **nivel de significación** (α) lo fija el investigador antes del contraste. Maciá recoge la definición de Fisher, según la cual representa el **máximo riesgo** que el investigador está dispuesto a asumir de rechazar una hipótesis nula verdadera, es decir, la probabilidad de cometer el **error tipo I**. Por eso se usan valores pequeños, 0,05 en la mayoría de las investigaciones y 0,01 en las más rigurosas. Cuanto mayor es α, mayor es la zona de rechazo y mayor la probabilidad de rechazar erróneamente H0. Pardo y San Martín llaman a α nivel de significación o **nivel de riesgo**.

1. Invierte la relación, porque un α menor reduce la probabilidad de rechazar por error la hipótesis nula.
2. α es la probabilidad del error tipo I, y por eso se fija en valores pequeños como 0,05 o 0,01.
3. Los valores habituales son pequeños; un α grande aumentaría el riesgo de rechazar hipótesis nulas verdaderas.
4. Afirma lo contrario de la definición, porque al aumentar α también aumenta la probabilidad de rechazar erróneamente H0.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 38, 44 (cuadro 1.3) y 49. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 1, pág. 23.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 75

5 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad

Respuesta correcta: 1

La distribución T se aproxima a la normal:

1 A medida que aumentan los grados de libertad. ✓

2 Nunca, porque son dos distribuciones distintas.

3 Cuando tenemos entre 0 y 30 grados de libertad.

4 Si el muestreo es aleatorio.

La t de Student se parece cada vez más a la normal a medida que aumentan los grados de libertad

Suárez Falcón describe la **distribución t de Student** como simétrica, con media 0 y una forma muy parecida a la N(0, 1), aunque menos apuntada. Entre sus características señala que, **a medida que aumentan los grados de libertad**, se aproxima más y más a una **distribución normal**. Maciá lo explica por su varianza, n/(n − 2), que se va acercando a 1 al crecer n. En la práctica, las tablas llegan a 100 grados de libertad y, por encima de esa cifra, las diferencias entre los valores z y t son prácticamente despreciables, de modo que se usan los de la **curva normal**.

1 Suárez Falcón la incluye entre las características de la t, y Maciá la deriva de que su varianza tiende a 1 al aumentar n.

2 Son distribuciones distintas, pero la t converge con la normal tipificada conforme aumentan los grados de libertad.

3 Con pocos grados de libertad es cuando más se separa de la normal; Maciá sitúa la aproximación práctica por encima de 100 grados de libertad.

4 El manual liga la aproximación a los grados de libertad y no la condiciona al tipo de muestreo.

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. 357-358. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 9 y 23.

EN EL ATLAS: Tema L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

6

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?:

1 Cuanto menor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficiencia. ✓

2 Cuanto mayor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficiencia.

3 Cuanto mayor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficacia.

4 Cuanto menor es la varianza de la distribución muestral del estimador, menor es la eficiencia.

Un estimador es más eficiente cuanto menor es la varianza de su distribución muestral

Maciá enumera las propiedades de un buen estimador, que debe ser **insesgado**, **eficiente o preciso**, **consistente** y **suficiente**. Sobre la **eficiencia** explica que conviene que la distribución del estimador tenga poca variabilidad, para que se aleje poco del parámetro, y que entre dos estimadores de un mismo parámetro es más preciso el que tenga **varianza más pequeña**. Suárez Falcón lo formula del mismo modo, ya que un estimador es más eficiente que otro si la varianza de su distribución muestral es menor, y añade que la eficiencia siempre es relativa.

1 Es la definición de eficiencia de los dos manuales.

2 Una varianza mayor hace al estimador menos preciso, porque sus valores se alejan más del parámetro.

3 La eficacia no figura entre las propiedades de los estimadores (carencia de sesgo, eficiencia, consistencia y suficiencia), y además la relación con la varianza está invertida.

4 Invierte la relación, porque a menor varianza corresponde mayor eficiencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 17-18. Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 10, págs. 434-436.

EN EL ATLAS

Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Maciá (Base) y Suárez Falcón (Consulta).

7 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 2

La zona de rechazo de la hipótesis nula se llama:

1 Región β o de rechazo.

2 Región crítica o de rechazo. ✓

3 Región de confianza o de rechazo.

4 Región 1-α o de rechazo.

La zona de rechazo de la hipótesis nula se llama región crítica

Para decidir sobre H0, la distribución muestral del estadístico se divide en dos zonas. Pardo y San Martín llaman **zona de rechazo** o **zona crítica** a la de los valores tan alejados de lo que afirma H0 que es muy poco probable que ocurran si es verdadera; la probabilidad asociada a esa zona es el **nivel de significación** (α). La **zona de aceptación** reúne los valores compatibles con H0, y su probabilidad es el **nivel de confianza** (1 − α). Maciá describe lo mismo con los nombres de región de rechazo y región de aceptación o de no rechazo, separadas por los **valores críticos**.

1. β es la probabilidad del error tipo II, aceptar una hipótesis nula falsa, y no da nombre a ninguna zona de la distribución.
2. Es el nombre que da Pardo a la zona de rechazo, cuya probabilidad es α.
3. El nivel de confianza (1 − α) es la probabilidad asociada a la zona de aceptación, la opuesta a la de rechazo.
4. 1 − α corresponde a la zona de aceptación o de no rechazo.

Ojo. Maciá habla de región de rechazo y usa «región crítica» solo en una nota al pie (pág. 39); el término de la clave lo da Pardo («zona de rechazo, también llamada zona crítica»).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 1, págs. 23-24. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 38-39 y 44.

EN EL ATLAS

Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Maciá (Base) y Pardo II (Ampliación).

8 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 4

La existencia de una asociación estadística significativa entre variables ordinales puede determinarse, más adecuadamente, mediante:

1 El test de Kuskal-Wallis.

2 La correlación de Pearson.

3 El test de Kappa.

4 La correlation de Spearman. ✓

Para medir la asociación entre dos variables ordinales se usa la correlación de Spearman

Suárez Falcón explica que en las **variables ordinales** se pueden establecer relaciones de orden, pero no evaluar las distancias entre sus valores. Si las dos variables adoptan pocos valores se estudian con tablas de contingencia; si adoptan muchos, se suele usar el **coeficiente de correlación de Spearman** o la tau-b de Kendall. El de Spearman se basa en los **rangos** de los datos en lugar de en sus valores reales, resulta apropiado para variables ordinales o para cuantitativas sin distribución normal y oscila entre −1 y +1.

1. Kruskal-Wallis extiende la prueba de Mann-Whitney a más de dos muestras independientes; compara grupos en una variable al menos ordinal, sin cuantificar la asociación entre dos variables ordinales.
2. La correlación de Pearson es el índice fundamental de la relación lineal entre dos variables cuantitativas.
3. Kappa es un índice de acuerdo entre dos clasificaciones con categorías nominales; con categorías ordinales Pardo propone medidas de asociación para variables ordinales.
4. Es el coeficiente que el manual considera apropiado para variables ordinales.

Trampa. Kruskal-Wallis y Spearman trabajan con rangos, pero la primera compara grupos y el segundo mide la asociación entre dos variables.

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. 169-171; cap. 5, pág. 185. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 3, pág. 97; cap. 4, págs. 138-139.

EN EL ATLAS

Tema L11 · Estadística descriptiva de dos variables. Se estudia con Suárez Falcón (Base). Pardo II es Consulta del tema L18.

9

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

Una puntuación típica normalizada igual a cero, deja por debajo de sí:

1 El 0% de los casos.

2 El 50% de los casos. ✓

3 El 100% de los casos.

4 El 25% de los casos.

Una típica normalizada de 0 deja por debajo la mitad de los casos

Muñiz explica que las **puntuaciones típicas normalizadas** se obtienen a partir de los **percentiles**, buscando la puntuación típica que les corresponde bajo la **curva normal**. Según Suárez Falcón, la normal tipificada tiene media 0 y desviación típica 1 y es **simétrica** en torno a su media, que coincide con su mediana y su moda. Como la mediana es el **percentil 50**, una puntuación normalizada de 0 deja por debajo de sí el 50 % de los casos y por encima el otro 50 %.

1. La curva normal es asintótica al eje de abscisas y se extiende hasta $-\infty$, así que ninguna puntuación finita deja por debajo el 0 % de los casos.
2. La media de la normal tipificada coincide con la mediana, que es el percentil 50.
3. Por la misma razón, ninguna puntuación deja por debajo el 100 % de los casos, porque la curva se extiende hasta $+\infty$.
4. El 25 % por debajo corresponde al primer cuartil, que en la normal está por debajo de la media.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 5, pág. 179. Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 343-344; cap. 2, págs. 78 y 86.

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

10 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 4

Para calcular el coeficiente de validez, la correlación más adecuada cuando las puntuaciones del test son una variable continua y el criterio es una variable dicotómica es:

1. La correlación tetracórica.
2. El coeficiente phi.
3. La correlación de Spearman.
4. La correlación biserial puntual. ✓

Con un test continuo y un criterio dicotómico, el coeficiente de validez se calcula con la biserial puntual

El **coeficiente de validez** es la correlación entre las puntuaciones en el test predictor y en el criterio. Barbero, Vila y Holgado señalan que el tipo de correlación depende de la naturaleza de las variables implicadas y lo resumen en el **cuadro 6.1**. Cuando el test es una variable **continua** y el criterio es **dicotómico**, el índice adecuado es la **correlación biserial puntual**. Muñiz la define como una mera aplicación de la correlación de Pearson cuando una de las variables es dicotómica y la otra cuantitativa, y la cuenta entre las correlaciones más frecuentes para la validez de los ítems.

1. La tetracórica se usa cuando las dos variables son continuas pero se han dicotomizado artificialmente.
2. El coeficiente φ se reserva para dos variables dicotómicas.
3. Spearman relaciona variables ordinales y no figura en el cuadro de correlaciones para el coeficiente de validez.
4. Es el índice que el cuadro 6.1 asigna a un test continuo y un criterio dicotómico.

CUADRO 6.1. TIPOS DE CORRELACIONES EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VARIABLES INCLUIDAS

Indicador del criterio / Test	Continua	Dicotomizada	Dicotómica
Continua	Pearson	Biserial	Biserial puntual
Dicotomizada	Biserial	Tetracórica	φ biserial
Dicotómica	Biserial puntual	φ biserial	φ

Fuente: Barbero, Vila y Holgado (2015), tema 6, cuadro 6.1, pág. 296

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Barbero García, M. I., Vila Abad, E. y Holgado Tello, F. P. (2015). Psicometría. Sanz y Torres. Tema 6, cuadro 6.1, págs. 296-298. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 4, págs. 151 y 155.

EN EL ATLAS Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Barbero (Consulta).

11 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 3

En el estudio de la fiabilidad de un test, los métodos basados en la división del test en dos mitades miden:

1. La estabilidad de las medidas del test.
2. La equivalencia de las medidas del test.
3. La consistencia interna del test. ✓
4. El error de medida del test.

El método de las dos mitades estima la consistencia interna del test

Muñiz describe tres métodos para estimar empíricamente la fiabilidad. Con las **formas paralelas** se obtiene un coeficiente de **equivalencia**, y con el **test-retest**, un coeficiente de **estabilidad**. En el método de las **dos mitades** el test se aplica una sola vez, se correlacionan las puntuaciones de las dos mitades y se corrige el resultado con la fórmula de Spearman-Brown. Esa estimación, más que equivalencia o estabilidad, indica la covariación de las dos mitades y es un indicador de la **consistencia interna** del test.

1. La estabilidad se estima con el test-retest, aplicando el mismo test dos veces a las mismas personas.
2. La equivalencia corresponde a las formas paralelas, el método que emana directamente del modelo.
3. Es lo que indica la correlación entre las dos mitades, según Muñiz.
4. Los tres métodos estiman el coeficiente de fiabilidad, a partir del cual se estima la cantidad de error; la opción no distingue a las dos mitades de los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, págs. 26-28.

Tema L20 · Fiabilidad de los tests. Se estudia con Muñiz (Base).

12 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas

Respuesta correcta: 2

La dependencia/independencia de campo es:

1 Un rasgo de personalidad bipolar relativo a la autonomía social.

2 Un estilo cognitivo vinculado a la percepción con implicaciones en campos diversos como el aprendizaje. ✓

3 Una capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones en la resolución de problemas cognitivos complejos.

4 Un componente básico de la Teoría Tríadica de la Inteligencia de Sternberg, relativo al mundo interno de la persona.

La dependencia-independencia de campo es un estilo cognitivo surgido del estudio de la percepción

Sánchez-Elvira presenta la **dependencia/independencia de campo** (DIC), o articulación de campo, como el **estilo cognitivo** más conocido. Witkin y Asch la descubrieron en los años 40 al estudiar la orientación de los pilotos y la **percepción de la verticalidad**. El estilo cognitivo es el modo habitual de procesar información y de utilizar recursos como la percepción, la memoria o el pensamiento, y el manual lo sitúa en una zona intermedia entre la inteligencia y la personalidad, en términos de **preferencias**. Después la DIC se extendió al **aprendizaje** y la memoria, la solución de problemas, la conducta social, la identidad personal y la afectividad.

1 El manual la trata como un estilo cognitivo y la explica por el grado en que la organización del campo perceptivo afecta a la percepción de sus componentes.

2 Recoge su origen perceptivo y su extensión a campos como el aprendizaje.

3 Sánchez-Elvira aclara que el estilo «no puede concebirse como habilidad» y lo define en términos de preferencias por una u otra forma de actuar.

4 En la teoría triárquica, el mundo interno corresponde a la subteoría componencial (metacomponentes, componentes de ejecución y de adquisición del conocimiento).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 448-450; cap. 6, pág. 317.

EN EL ATLAS: Tema H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 56

13 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son las aptitudes relacionadas con el mundo externo, que R.J. Sternberg propone en su Teoría Triárquica de la Inteligencia?:

1 La habilidad para manejar la novedad y automatizar procesos.

2 Los componentes de ejecución, dirigidos a ejecutar la relación con el mundo externo.

3 Los componentes de adquisición del conocimiento que se aprenden en contacto con el mundo externo.

4 La capacidad de adaptarse, modificar y seleccionar el ambiente. ✓

La subteoría del mundo externo de Sternberg se basa en adaptarse al entorno, modelarlo y seleccionarlo

La **teoría triárquica** de Sternberg integra tres subteorías. La del **mundo interno** estudia los mecanismos mentales y recoge la teoría componencial. La del **mundo externo** estudia el uso de esos mecanismos en la vida cotidiana para lograr un ajuste inteligente al entorno, y Sánchez-Elvira le atribuye tres procesos clave: la **adaptación** al medio, el **modelado** del entorno cuando la adaptación no es posible y la **selección** de un entorno distinto. La subteoría de la experiencia media entre ambos mundos con la habilidad para tratar con la novedad y la habilidad para automatizar.

1 Tratar con la novedad y automatizar son los procesos de la subteoría de la experiencia.

2 Los componentes de ejecución pertenecen a la teoría componencial, la del mundo interno.

3 Los componentes de adquisición del conocimiento también forman parte del mundo interno.

4 Adaptación, modelado y selección son los procesos clave de la subteoría del mundo externo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 317-319.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 47

14 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

Se denomina modelo cúbico de la Estructura del Intelecto o de la Inteligencia:

1. Al modelo de capacidades primarias propuesto por Thurstone.
2. Al modelo de capacidades independientes propuesto por J.P. Guilford. ✓
3. A la estructura jerárquica tridimensional que presenta la inteligencia.
4. Al modelo más defendido en la actualidad por autores relevantes en el estudio de la estructura de la inteligencia.

El modelo cúbico de la estructura del intelecto es el de Guilford

Sánchez-Elvira agrupa a Thurstone y Guilford entre los **modelos de capacidades mentales primarias independientes**, no jerárquicos y opuestos al de Spearman. Guilford, que rechazó la validez del factor g, llamó a su propuesta **modelo de estructura del intelecto**, también conocido como **modelo cúbico** por su forma de cubo. Usó el análisis factorial con rotación ortogonal y postuló **120 aptitudes independientes**, que resultan de combinar cinco operaciones, cuatro contenidos y seis productos; al desdoblar los contenidos figurativos en visuales y auditivos llegó a 150.

1. Thurstone propuso siete aptitudes mentales primarias, sin una estructura cúbica.
2. Es el modelo de Guilford, de aptitudes independientes.
3. El modelo de Guilford es no jerárquico, y sus tres dimensiones son contenidos, operaciones y productos.
4. El manual recoge críticas que lo consideran inapropiado (rotación ortogonal, contraste con la mayoría de los modelos factoriales e imposibilidad de verificarlo por completo), aunque lo valora como taxonomía útil para construir tests.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 236-242.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

15 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 1

¿Qué diseño de la Genética de la conducta permite aislar de forma más precisa los efectos ambientales de los efectos genéticos?:

1 Los estudios de adopciones. ✓

2 Los estudios comparativos de gemelos monozigóticos y dizigóticos.

3 Los estudios de hermanos que viven juntos y separados.

4 Los estudios de grupos familiares que presentan distintos grados de parentesco.

Los estudios de adopciones son el diseño más potente para separar los efectos ambientales de los genéticos

Sánchez-Elvira describe los diseños de la genética cuantitativa ordenados por la **potencia** de sus resultados. Los **estudios de familias** solo dan el límite superior estimado de la heredabilidad, porque no separan el ambiente compartido de los genes comunes. Los de **gemelos** comparan monocigóticos y dicigóticos y son más potentes. El de **adopciones** está reconocido como el más potente, porque incluye individuos que comparten efectos ambientales y genéticos y otros relacionados solo por los efectos ambientales compartidos; así permite **aislar los efectos ambientales de los genéticos** de forma más precisa.

1 Es el método que el manual considera más potente.

2 Los gemelos superan a las familias, pero el manual sitúa por encima las adopciones; los estudios de gemelos criados por separado integran los dos métodos.

3 La comparación entre hermanos biológicos y adoptivos forma parte del diseño de adopciones; la opción habla de hermanos que viven juntos o separados sin esa referencia a la familia biológica y la adoptiva.

4 Los estudios de familias con distintos grados de parentesco son los menos potentes y solo estiman el valor máximo de la heredabilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, págs. 521-527.

EN EL ATLAS: Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

16 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

¿Qué inteligencia implica flexibilidad, capacidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas, sin que el aprendizaje previo sea determinante en su manifestación?:

1 La Inteligencia Fluida, Gf. ✓

2 Fundamentalmente, el factor de Inteligencia General, g.

3 La Inteligencia Cristalizada, Gc.

4 La Inteligencia Adaptativa, GAd.

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

En el modelo de Cattell y Horn, Sánchez-Elvira define la **inteligencia fluida** (Gf) 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. Tiene una base genética mayor, alcanza su máximo desarrollo en torno a la adolescencia y tiende a disminuir con el envejecimiento. La **inteligencia cristalizada** (Gc) es, en cambio, el conjunto de capacidades, estrategias y conocimientos que representa el desarrollo cognitivo alcanzado a través de la **historia de aprendizaje** del sujeto.

1. Es la definición de Gf del cuadro 5.16.
2. El factor g de Spearman es el componente general común a todos los tests de inteligencia, sin referencia específica a la novedad.
3. Gc depende en gran medida del aprendizaje derivado de la experiencia previa en el ámbito cultural.
4. Una «inteligencia adaptativa» con esa sigla no figura en el modelo que expone el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 236 y 249-251.

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

17 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

Los cinco superfactores del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes surgen de:

1 Un enfoque teórico apriorístico, como en el modelo de tres factores de H.J. Eysenck.

2 Un enfoque léxico, como en el caso del modelo de R.B. Cattell.

3 La combinación de una aproximación factorial, en primer lugar, seguida de una léxica.

4 La combinación de una aproximación léxica, en primer lugar, seguida de una factorial. ✓

Los Cinco Grandes nacen de un enfoque léxico al que después se aplica el análisis factorial

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que el modelo de los **Cinco Grandes** parte de la **hipótesis léxica**, según la cual las características de personalidad relevantes han quedado codificadas en el lenguaje natural. Sus investigadores recogen términos de un diccionario, los reducen con jueces, los usan en autoevaluaciones o en evaluaciones de otros y, por último, aplican el **análisis factorial**, del que salen cinco factores. Sánchez-Elvira resume el **enfoque léxico** en tres pasos consecutivos (selección de descriptores, depuración y análisis factorial) y lo contrapone a **Eysenck**, que postuló sus dimensiones antes de obtener los datos.

1 El enfoque guiado por una preconcepción teórica es el de Eysenck, que postuló las dimensiones antes de recoger los datos, a diferencia del enfoque léxico.

2 Cattell partió del criterio léxico y de los términos de Allport y Odbert, pero los redujo con análisis factorial; la opción deja fuera esa segunda fase, que también tienen los Cinco Grandes.

3 Invierte el orden, porque el análisis factorial se aplica a los términos ya seleccionados del lenguaje.

4 Primero el lenguaje y después el análisis factorial, como describen los dos manuales.

Ojo. La primera parte de la opción 2 tiene apoyo, porque Cattell también partió del criterio léxico (Bermúdez 2017, cap. 4, apdo. 3.4). Falla al reducir el origen de los Cinco Grandes a lo léxico, sin el análisis factorial posterior.

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. 5, apdos. 1-2; cap. 4, apdo. 3.4 (sin paginación impresa). Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.1, págs. 337 y 340.

EN EL ATLAS

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

18 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas

Respuesta correcta: 4

¿Qué son el optimismo y el pesimismo defensivo?:

1 Dos tipos de expectativas de autoeficacia propuestos por Bandura.

2 Dos tipos de unidades cognitivas propuestas por Mischel.

3 Dos tipos de atribuciones propuestas por Weiner.

4 Dos tipos de estrategias cognitivas propuestas por Cantor y Norem. ✓

El optimismo estratégico y el pesimismo defensivo son estrategias cognitivas estudiadas por Cantor y Norem

Sánchez-Elvira expone la **teoría cognitiva de la personalidad** de Cantor y Kihlstrom, en la que las personas persiguen **tareas vitales** con esquemas y **estrategias**, modos característicos de trabajar para resolver problemas. Una de ellas es el **pesimismo defensivo**, unas bajas expectativas de resultado pese a una historia de éxitos que protegen ante un posible fracaso y ayudan a controlar la ansiedad. Los **optimistas estratégicos**, en cambio, fijan expectativas altas y se distraen de la situación futura. El manual cita a Norem (1989) y a Norem y Cantor (1986), y Bermúdez atribuye a Cantor el estudio del pesimismo defensivo como estrategia cognitiva.

1 La autoeficacia es una expectativa, la creencia de tener recursos para afrontar las situaciones (Bermúdez 2011, cap. 8), y el pesimismo defensivo es una estrategia ligada a las tareas vitales.

2 Las unidades cognitivo-afectivas de Mischel forman el sistema CAPS, con el que completa los determinantes cognitivos de la conducta.

3 Weiner elaboró una teoría de las atribuciones causales de los éxitos y fracasos, que se centran en la conducta pasada.

4 Son estrategias cognitivas del modelo de Cantor, estudiadas también por Norem.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, cuadro 9.13, págs. 464-465. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, págs. 223-224; cap. 8, págs. 345 y 355; cap. 1, pág. 49.

EN EL ATLAS

Tema H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

19 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 2

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

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

En el control neural del refuerzo destacan las neuronas dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical

Carlson y Birkett explican que, aunque existen varios mecanismos de refuerzo diferentes, la actividad de las **neuronas dopaminérgicas** juega un papel particularmente importante en el refuerzo. El **sistema mesolímbico** se origina en el **área tegmental ventral** y proyecta a la amígdala, el hipocampo y el núcleo accumbens. Redolar representa las conexiones de los sistemas dopaminérgicos **mesolímbico y mesocortical** en su capítulo sobre los sistemas de refuerzo. En personalidad, Sánchez-Elvira recoge el modelo de Depue, para quien la motivación de incentivo de la extraversión se apoya en esos dos **sistemas ascendentes dopaminérgicos**.

1. Las neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsolateral participan en el sueño REM.
2. Son las que los manuales destacan en el refuerzo.
3. Carlson sitúa en la protuberancia y el bulbo los cuerpos de las neuronas noradrenérgicas, con el locus cerúleo como núcleo principal, y relaciona su actividad con la activación comportamental.
4. Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal activan la corteza cerebral y facilitan el aprendizaje, especialmente el perceptivo.

Ojo. En el examen la pregunta figura entre las de diferencias individuales y el comentario de partida la remite al modelo de Depue (Sánchez-Elvira, pág. 361); el enunciado reproduce casi a la letra la frase de Carlson.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, pág. 414; cap. 4, págs. 101-102 y 107; cap. 9, pág. 273. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 21, figura 21-9, pág. 547. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.8, págs. 360-361.

EN EL ATLAS

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

20

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 3

Según las investigaciones derivadas del modelo de Eysenck, existen evidencias de que los extravertidos, en comparación con los introvertidos:

1. Rinden mejor en tareas de vigilancia.
2. Tienen mayor secreción salivar ante la prueba del zumo de limón.
3. Tienen mayor necesidad de estimulación. ✓
4. Tienen menor tolerancia al dolor.

Los extravertidos necesitan más estimulación porque su activación cortical de base es baja

En la teoría de Eysenck, quienes tienen en reposo un **arousal cortical** crónicamente bajo se comportan de forma extravertida, y quienes lo tienen más elevado, de forma introvertida; el **SARA** sería la base neurológica de esa activación. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que el bajo nivel de los extravertidos les lleva a **buscar constantemente estimulación exterior** para mantener un estado óptimo de activación, mientras que los introvertidos prefieren actividades tranquilas. Lo apoyan datos empíricos, como que los extravertidos eligen zonas más ruidosas para estudiar y ruidos de fondo más intensos (**54,2 dB** frente a 37,3 dB).

1. En condiciones de activación moderada rinden mejor los introvertidos en tareas de vigilancia.
2. El manual atribuye a los introvertidos una mayor respuesta a la estimulación y umbrales sensoriales más bajos; con esa lógica, la mayor respuesta salivar correspondería a ellos.
3. Es la consecuencia que el manual deriva de su bajo arousal crónico.
4. Con umbrales sensoriales más altos, los extravertidos son menos sensibles a la estimulación, lo que no casa con una menor tolerancia al dolor.

Ojo. La prueba del zumo de limón y la tolerancia al dolor no aparecen en el corpus (búsqueda en todo el corpus por «limón», «salivación» y «tolerancia al dolor»). Las opciones 2 y 4 se descartan con la lógica de umbrales y reactividad que sí recoge el manual.

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, apdo. 4.3 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

21 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

De acuerdo con el modelo de los Cinco Grandes ¿En qué dimensión puntuaría alto una mujer imaginativa, creativa, interesada por las ideas y experiencias nuevas?:

1 Actividad.

2 Apertura. ✓

3 Extraversión.

4 Búsqueda de Sensaciones Impulsiva.

Imaginación, creatividad e interés por las ideas nuevas puntúan alto en Apertura

En el modelo de Costa y McCrae que recogen Bermúdez, Pérez García y Sanjuán, la **Apertura mental** representa la receptividad a **experiencias nuevas**. Quienes puntúan alto son curiosos, con muchos intereses, **creativos**, originales, **imaginativos** y no tradicionales; quienes puntúan bajo son convencionales, realistas y con pocos intereses. Entre sus facetas en el NEO-PI-R están Fantasía e **Ideas**, que son los intereses intelectuales y la apertura a nuevas ideas. La **Extraversión** se refiere, en cambio, a la cantidad y la intensidad de la interacción entre personas, el nivel de actividad y la necesidad de estímulos.

1. Actividad es una faceta de Extraversión (la necesidad de estar ocupado) y uno de los factores del modelo alternativo de cinco factores de Zuckerman; ninguna dimensión de Costa y McCrae lleva ese nombre.
2. Describe a la persona alta en Apertura.
3. La Extraversión describe a personas sociables, activas, habladoras, optimistas y amantes de las diversiones.
4. La impulsividad-búsqueda de sensaciones es uno de los factores de los «cinco alternativos» de Zuckerman.

Trampa. Dos distractores, Actividad y búsqueda de sensaciones impulsiva, son factores de otro modelo de cinco factores, el alternativo de Zuckerman.

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. 5, apdo. 3.1 (sin paginación impresa). 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. 24.

EN EL ATLAS

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

22 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

¿En qué dimensión se incluye la impulsividad en el modelo de los Cinco Grandes?:

1 Neuroticismo. ✓

2 Extraversión.

3 Responsabilidad.

4 Amabilidad.

En los Cinco Grandes, la impulsividad es una faceta del Neuroticismo

En el NEO-PI-R de Costa y McCrae cada dimensión se evalúa con **seis facetas**. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán recogen las del **Neuroticismo**: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, **impulsividad** (incapacidad de controlar los impulsos y necesidades) y vulnerabilidad. El factor valora el **ajuste emocional** e identifica a las personas propensas al sufrimiento psicológico y con estrategias de afrontamiento no adaptativas. Las facetas de las demás dimensiones no incluyen la impulsividad; en Tesón figura, por ejemplo, la **deliberación**, la tendencia a pensar cuidadosamente antes de actuar.

1. Es la faceta N5 del Neuroticismo.
2. Las facetas de Extraversión son cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.
3. Tesón (Conscientiousness), la dimensión que la pregunta llama Responsabilidad, agrupa competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.
4. Afabilidad agrupa confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad a los demás.

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. 5, apdo. 3.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

23 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H13 · Afectividad negativa y positiva

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en general, respecto del bienestar y la satisfacción con la vida?:

1 La personalidad no está relacionada con la felicidad.

2 Hay una relación inversa entre el estatus socio-económico y el bienestar subjetivo.

3 Las personas extrovertidas tienden a sentirse más felices que las introvertidas. ✓

4 No existe relación entre el componente genético y el bienestar subjetivo.

Las personas extravertidas tienden a sentirse más felices que las introvertidas

Bermúdez revisa los determinantes del **bienestar subjetivo** (BS). Una parte importante del BS estable se debe a la personalidad, y la investigación se ha centrado en **Extraversión** y **Neuroticismo**. Los extravertidos experimentan sentimientos y emociones más positivos y tienen umbrales más bajos para la activación del **afecto positivo**. Hay además un componente **genético**, con en torno al 50 % de la varianza del BS explicada por factores genéticos en el estudio de Tellegen y colaboradores, y el **estatus económico** se relaciona positivamente con el BS, aunque la correlación disminuye conforme aumenta la riqueza.

1 El manual recoge que «una parte importante del BS estable es debida a la personalidad».

2 La relación con el estatus económico es positiva, aunque cada aumento de renta aporta menos al bienestar (utilidad marginal decreciente).

3 Es lo que el manual atribuye a la extraversión.

4 Los estudios genéticos atribuyen a los genes en torno al 40-50 % de la varianza de los niveles estables de bienestar.

Ojo. La magnitud de la relación cambia según el estudio. En el metaanálisis de DeNeve y Cooper (1998) los Cinco Grandes no explicaban más del 4 % de la varianza del BS; el reanálisis de Lucas y Fujita (2000) eleva a 0,37 la correlación con la extraversión, y Steel et al. (2008) asocian a los rasgos en torno al 40 % de la varianza.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, págs. 309-314.

Tema H13 · Afectividad negativa y positiva. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

24 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad · Anulada

Anulada

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con "la motivación de logro"?:

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

Dos opciones sobre la motivación de logro tienen apoyo en los manuales, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Bermúdez recoge la predicción del modelo de Atkinson con más apoyo empírico: las personas con una tendencia predominante de **aproximación al éxito** prefieren **tareas de dificultad moderada**, y las que tienden a evitar el fracaso eligen tareas muy fáciles o muy difíciles (opción 4). Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican también que las **metas de aprendizaje** mantienen un patrón de respuesta orientado al logro, de modo que esas personas **persisten más tras el fracaso** y afrontan mayores desafíos (opción 2). La opción 3 describe la **necesidad de poder**.

1. Las tareas muy fáciles o muy difíciles las prefieren quienes tienen una tendencia predominante a evitar el fracaso.
2. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán asocian las metas de aprendizaje a persistir más tras el fracaso y afrontar mayores desafíos.
3. El deseo de tener prestigio, estatus e influencia sobre los otros forma parte de la necesidad de poder en la medida de Winter.
4. Es la predicción del modelo de Atkinson que ha recibido más apoyo empírico.

Ojo. Según el comentario de partida, la pregunta se anuló tras las impugnaciones por tener dos alternativas correctas, la 2 y la 4, al no especificar autor ni modelo. No da clave provisional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, págs. 209-210 y 226-227.
Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 11, apdos. 4.1.2 y 4.2.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema H14 · Motivación y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base) y Bermúdez 2017 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 59

25 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

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

1 La compresión verbal y la riqueza de vocabulario.

2 Las relaciones semánticas.

3 Los conocimientos mecánicos.

4 Las relaciones y clasificaciones figurativas. ✓

Las relaciones y clasificaciones figurativas son una aptitud de la inteligencia fluida

Sánchez-Elvira resume en la **tabla 5.2** las diferencias entre la **inteligencia fluida** (Gf) y la **cristalizada** (Gc) del modelo de Cattell. Entre las aptitudes de la fluida figuran la inducción y la deducción, las **relaciones y clasificaciones figurativas**, la velocidad y las operaciones perceptivas, la amplitud de memoria asociativa y la rapidez intelectual. La cristalizada reúne la **comprensión verbal y riqueza de vocabulario**, las relaciones semánticas, la evaluación de la experiencia, la realización de juicios y los **conocimientos mecánicos**. Del Barrio describe la fluida en el mismo sentido, con tareas de clasificación figurativa en las que el papel de la experiencia es escaso.

1 La comprensión verbal y la riqueza de vocabulario son aptitudes de la inteligencia cristalizada.
2 Las relaciones semánticas pertenecen también a la cristalizada.
3 Los conocimientos mecánicos se sitúan igualmente en la cristalizada.
4 Es una de las aptitudes de Gf en la tabla 5.2.

TABLA 5.2. ASPECTOS DIFERENCIALES ENTRE LA INTELIGENCIA FLUIDA Y LA INTELIGENCIA CRISTALIZADA

Características	Inteligencia fluida (Gf)	Inteligencia cristalizada (Gc)
Metáfora del ordenador	Hardware (aspecto «estructural»)	Software (aspecto «funcional»)
Concepto de inteligencia	Mecánico	Pragmático
Determinación primordial	Biológica (predisposición genética)	Cultural/ambiental (basada en el aprendizaje y en la experiencia
Manifestación preponderante de la inteligencia	En tareas mentales simples	En tareas cognitivas complejas
Algunas Aptitudes implicadas	Inducción y deducción; Relaciones y clasificaciones figurativas; Velocidad y operaciones perceptivas; Amplitud de memoria asociativa; Rapidez intelectual	Comprensión verbal y riqueza de vocabulario; Relaciones semánticas; Evaluación y valoración de la experiencia; Realización de juicios y obtención de conclusiones; Conocimientos mecánicos
Curso evolutivo de la inteligencia	Decreciente desde la juventud hasta la vejez	Creciente desde la juventud hasta la vejez

Fuente: Sánchez-Elvira (2005), cap. 5, tabla 5.2, pág. 251 (el paréntesis sin cerrar de la tercera fila está así en el manual)

Trampa. Los tres distractores salen de la misma tabla, de la columna de la inteligencia cristalizada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, cuadro 5.16 y tabla 5.2, págs. 249-251. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5, pág. 182.

EN EL ATLAS

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

26 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

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

1 Objetiva.

2 Subjetiva y de juego.

3 Proyectiva. ✓

4 Experimental.

El TAT de Murray es una técnica proyectiva de tipo temático

Moreno Rosset y Ramírez Uclés incluyen el **Test de Apercepción Temática** (TAT) de Murray entre las **técnicas proyectivas**, junto al Rorschach o el dibujo de la familia, y advierten que se les suele añadir el término test aunque en realidad no lo son si no están estandarizadas. En la clasificación de Fernández-Ballesteros y colaboradores que recoge la figura 11.1, el TAT es una técnica **temática**, en la que, a partir de la presentación visual de una lámina, el evaluado ha de **narrar una historia completa**. Apareció en 1935, fruto de los estudios de Murray en la clínica psicológica de Harvard, y es la técnica proyectiva más popular después del **Rorschach**.

1. Las técnicas objetivas forman en el manual una categoría distinta de las proyectivas.
2. Las técnicas subjetivas evalúan significados personales con categorías del lenguaje, como la rejilla o el diferencial semántico; en el TAT se narran historias a partir de láminas.
3. Es una técnica proyectiva de tipo temático.
4. El manual lo describe en el capítulo de técnicas proyectivas, dentro del grupo de las temáticas.

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. 4, págs. 151-152; cap. 11, figura 11.1, págs. 383-384 y 392.

EN EL ATLAS: Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

27 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 2

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

1 Estructurados.

2 Semiestructurados. ✓

3 No estructurados.

4 Cuasi-experimentales.

El autorregistro es un instrumento semiestructurado

Fernández-Ballesteros clasifica las preguntas de los **autoinformes** según su grado de estructuración. En las **semiestructuradas** se brinda al sujeto una hoja de registro para que anote el evento sobre el que debe informar, con indicaciones mínimas, y su ejemplo es el **autorregistro**, en el que el sujeto anota las conductas objeto de estudio en el momento de producirse y, a veces, sus antecedentes y consecuentes. Al describir la técnica vuelve a calificarla de **semiestructurada**, porque al sujeto se le da una hoja con la conducta que debe anotar y las condiciones en que hacerlo, y es él quien cumplimenta enteramente el protocolo.

1. Las preguntas estructuradas están claramente definidas y se responden de forma prefijada, como en la mayoría de los cuestionarios.
2. Es la categoría en la que el manual coloca el autorregistro.
3. Los autoinformes no estructurados dan total libertad al sujeto, como la autobiografía o el pensamiento en voz alta.
4. Los niveles de estructuración de las preguntas son tres (estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas), sin una categoría cuasiexperimental.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 251-252 y 258.

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

28 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 4

El "Test de la Figura Humana" (DAP) es una técnica de evaluación proyectiva:

1 Estructural.

2 Temática.

3 Asociativa.

4 Expresiva. ✓

El dibujo de la figura humana es una técnica proyectiva expresiva

Moreno Rosset y Ramírez Uclés siguen la clasificación de Fernández-Ballesteros, Vizcarro y Márquez (2000), que distingue cinco tipos de **técnicas proyectivas** según la tarea del evaluado: estructurales, temáticas, **expresivas**, constructivas y asociativas. Se denominan **expresivas** o test gráficos las que utilizan el **dibujo** como medio de expresión, y en ellas se da a la persona la consigna verbal o escrita de realizar un dibujo. El **Test del dibujo de la Figura Humana de Machover** figura en ese grupo, junto al HTP, el dibujo de la familia o el test del árbol.

1. En las técnicas estructurales el evaluado debe dar significado a estímulos visuales de escasa estructuración, como en el Rorschach.
2. En las temáticas se narra una historia a partir de una lámina, como en el TAT.
3. En las asociativas se emiten respuestas asociadas al estímulo, como en la asociación de palabras de Jung o las frases incompletas.
4. El dibujo de la figura humana de Machover está entre las técnicas expresivas.

FIGURA 11.1. CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS (ADAPTADO DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS ET AL., 2000)

Tipo	Tarea	Técnicas
Estructurales	El individuo debe estructurar o dar significado a estímulos visuales de escasa estructuración que se le presentan	Test de Rorschach; Z Test de Zulliger; Test de Holtzman; Behn-Rorschach (BeRo); Fuchs-Rorschach (FuRo)
Temáticas	A partir de la presentación visual de la lámina, se ha de narrar una historia completa	Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray; CAT, CAT-S, CAT-A, CAT-H; Test Pata Negra de Corman; FTT, Test de los cuentos de hadas; Test de Frustración de Rosenzweig; Test Relaciones Objetales de Phillipson
Expresivas	Se da a la persona la consigna verbal o escrita de que tiene que realizar un dibujo	T2F. Test del dibujo de dos figuras humanas; Test del dibujo de la persona bajo la lluvia; Test de la casa y el pueblo; Test del árbol; Test del dibujo de la Figura Humana de Machover; HTP. Test de la casa, árbol y persona de Buck; Test del dibujo de la Familia; Test de los garabatos; Test del dibujo de un animal de Levy y Levy
Constructivas	Se ha de organizar un material dado sobre la base de distintas consignas	Test del pueblo; Juego del mundo; Test de la aldea imaginaria de Mucchielli; Caja de juego diagnóstico-terapéutico de Efron
Asociativas	Tras recibir consignas verbales o escritas el evaluado debe emitir respuestas que se asocien con el estímulo	Fábulas de Luisa Düss; Asociación de palabras de Jung; Frases incompletas de Kelly y Fisher

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 11, figura 11.1, pág. 383 (sin las negritas ni los asteriscos con que el manual remite a su capítulo y a los contenidos en línea)

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, págs. 383-384 y 398. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, pág. 293.

EN EL ATLAS

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

29

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 1

El término “Psicodiagnóstico” fue acuñado por:

1. Rorschach y proviene de la tradición semántica médica. ✓
2. Cattell y proviene de la tradición semántica psicológica.
3. Cronbach y proviene de la tradición semántica estadística.
4. Rogers y proviene de la tradición semántica de la filosofía.

El término psicodiagnóstico lo empleó primero Rorschach y tiene una semántica médica

Fernández-Ballesteros repasa los términos con que se han designado las actividades evaluativas. El de **psicodiagnóstico** tomó carta de naturaleza en España y en otros contextos europeos y dio título durante muchos años a las materias correspondientes de los planes de estudio. Tiene una clara **semántica médica** y origen europeo, porque lo utilizó inicialmente **Rorschach** para designar su técnica de interpretación de manchas de tinta, publicada en 1921 como *Psychodiagnostik*. Hoy ha perdido parte de su vigencia, aunque sigue siendo aplicable cuando el objetivo es el **diagnóstico psicopatológico**.

1. Es el origen que el manual atribuye al término.
2. A James McKeen Cattell se le atribuye otro término, el de test, introducido en 1890.
3. El manual atribuye el término a Rorschach y le asigna una semántica médica.
4. Por la misma razón, el origen del término queda lejos de Rogers y de la filosofía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, págs. 29 y 33. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 1, pág. 47.

EN EL ATLAS

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

30 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

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

1 No aporta una puntuación de CI.

2 No mide la capacidad verbal, pero está altamente influenciado por ella.

3 Se puede aplicar a personas con un nivel cultural muy bajo. ✓

4 Consta de 16 subtests.

El test Beta evalúa la inteligencia de personas con bajo nivel cultural

Fernández-Ballesteros recoge el **Beta revisado** entre los tests de inteligencia general, para mayores de 14 años, con el objetivo de evaluar la **inteligencia general en sujetos de bajo nivel cultural**. Vallejo Ruiloba lo describe como seis tests diferentes (laberintos, clave de símbolos, reconocimiento de errores, tableros de formas, figuras incompletas y apreciación de diferencias) que se interpretan con la puntuación total ponderada en términos de **cociente intelectual**. El **Beta III** de Kellogg y Morton (1999), el de la pregunta, es una medida de la capacidad intelectual **no verbal** para quienes no hablan con fluidez el idioma, tienen bajo nivel cultural o presentan dificultades de lenguaje.

1 La interpretación del Beta revisado se basa en la puntuación total en términos de CI.

2 El Beta III mide la capacidad intelectual no verbal y está pensado para personas con dificultades de lenguaje.

3 Es el uso para el que se diseñó.

4 El Beta revisado consta de seis tests, y el Beta III mantiene una estructura similar.

Ojo. La Base del tema (Moreno Rosset, pág. 445) solo cita el test Beta entre los tests no verbales; la descripción está en Fernández-Ballesteros y en Vallejo Ruiloba.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.4, pág. 319. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 7, apartado de tests de inteligencia (edición digital sin paginar). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 445.

EN EL ATLAS

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

31

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 2

En evaluación psicológica la entrevista inicial tiene como principal objetivo:

1 Realizar el diagnostico.

2 Identificar y clarificar la demanda. ✓

3 Concluir la anamnesis.

4 Pasarle la mayor cantidad de test pertinentes en el tiempo disponible.

La entrevista inicial busca conocer y especificar la demanda

Moreno Rosset y Ramírez Uclés sitúan las **entrevistas iniciales** en la primera fase del proceso de evaluación, la **especificación de la demanda y de los objetivos**. La **entrevista inicial** recoge la mayor información posible sobre el cliente y sobre cuál es la **demanda**, el problema o el motivo de la consulta, y es el punto de partida de la relación entre entrevistador y entrevistado. Debe ser abierta o semiestructurada. La historia pasada y actual se recompone con otro tipo de entrevista, la **biográfica** o anamnesis, cerrada y estructurada.

1 Diagnosticar exige formular y comprobar hipótesis de evaluación, tareas de fases posteriores del proceso.

2 Es su finalidad en la primera fase del proceso.

3 La anamnesis corresponde a la entrevista biográfica, que se hace después de la inicial o en la misma sesión.

4 La aplicación de pruebas pertenece a la fase de comprobación de hipótesis, tras planificar qué técnicas se van a aplicar.

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. 5, tabla 5.1, págs. 188-189.

EN EL ATLAS

Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

32

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

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

1 WPPSI.

2 WISC-IV. ✓

3 WAIS-III.

4 WIPSI.

A los 10 años corresponde la escala de Wechsler para niños, el WISC

Las **escalas de Wechsler** cubren tramos de edad sucesivos. Las fichas del apéndice de Fernández-Ballesteros dan para la **WPPSI** niños de cuatro a seis años y medio, para el **WISC-IV** de 6 años a 16 años y 11 meses y para el **WAIS-III** de 16 a 89 años. Un niño de 10 años queda en el tramo del WISC-IV. Moreno Rosset y Ramírez Uclés recogen las versiones actuales, con edades parecidas: WPPSI-IV de 2:6 a 7:7 años, **WISC-V** de 6:00 a 16:11 y WAIS-IV de 16 a 89:11.

1. La WPPSI es la escala de preescolar, de cuatro a seis años y medio en su primera versión.
2. Abarca de 6 años a 16 años y 11 meses.
3. El WAIS-III se aplica a partir de los 16 años.
4. WIPSI no es el nombre de ninguna escala de Wechsler; la de preescolar es la WPPSI.

EDAD DE APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE WECHSLER SEGÚN LAS FICHAS DEL APÉNDICE

Escala	Edad de aplicación
WPPSI	Niños de cuatro a seis años y medio
WISC-IV	Entre 6 años y 16 años y 11 meses de edad
WAIS-III	Puede administrarse entre los 16 y los 89 años

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), apéndice, sección 1, fichas de la WPPSI (pág. 1), del WISC-IV (pág. 2) y del WAIS-III (pág. 1)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, fichas de la WPPSI (pág. 1), del WISC-IV (pág. 2) y del WAIS-III (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, pág. 436.

EN EL ATLAS

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

33 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Las escalas McCarthy para niños (MSCA):

1 No incluyen una escala general cognitiva.

2 Se aplican a partir de los 8 años y medio.

3 Incluyen una escala de psicomotricidad. ✓

4 Se aplican de forma colectiva, por lo que son de utilidad en el ámbito escolar.

Las escalas McCarthy incluyen una escala de motricidad

La ficha de las **Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños** (MSCA) en el apéndice de Fernández-Ballesteros indica aplicación **individual** a niños de **dos años y medio a ocho años y medio**. Constan de 18 tests agrupados en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, **general cognitiva** (que integra las tres anteriores), memoria y **motricidad**, que valora la coordinación en tareas de motricidad fina y gruesa. Del Barrio las describe con el mismo rango de edad, señala que son más útiles para identificar dificultades cognoscitivas y **desaconseja** su uso a partir de los 7 años.

1 Sí incluyen la escala general cognitiva, que integra la verbal, la perceptivo-manipulativa y la numérica.

2 Ocho años y medio es el límite superior; se aplican desde los dos años y medio.

3 La escala de motricidad valora la coordinación fina y gruesa.

4 Su aplicación es individual.

Ojo. Las fuentes no cuentan igual las escalas. La ficha del apéndice habla de seis escalas, con la general cognitiva como una de ellas, y Del Barrio de cinco escalas más un índice cognitivo general que sale de las tres primeras. La clave no cambia.

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 de las MSCA, págs. 1-2. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5, pág. 193.

EN EL ATLAS

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

34

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

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

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

Las escalas Bayley se aplicaban desde el nacimiento hasta los dos años y medio

Del Barrio recoge las **Escalas de Bayley** (BSID; Bayley, 1977, 1993) entre las pruebas para el análisis del desarrollo en niños de 0 a 3 años, con aplicación desde el **nacimiento hasta los 2 años y medio**. Evalúan tres aspectos, el **desarrollo mental**, el **desarrollo psicomotor** y conductas como actitudes e intereses, con la finalidad de identificar retraso o problemas específicos del desarrollo. La versión actual, las **Bayley-III** (2015) que describen Moreno Rosset y Ramírez Uclés, amplía el rango de 1 mes a 3,6 años y valora el desarrollo cognitivo, del lenguaje y motor.

1. Es el rango de la BSID.
2. De 4 a 6 años es la franja de otras pruebas, como la WPPSI original; las Bayley son escalas para los primeros años.
3. Ninguna versión de las Bayley llega a los 10 años; la más amplia, la Bayley-III, alcanza los 3,6 años.
4. Por la misma razón, tampoco llegan hasta los 10 años.

Ojo. El rango cambia con la versión. La BSID iba del nacimiento a los 2 años y medio (Del Barrio) y la Bayley-III va de 1 mes a 3,6 años (Moreno Rosset). Con la edición vigente la opción 1 se quedaría corta, pero ninguna otra encaja.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5, tabla 1, págs. 189-190. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 432.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 38

35 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

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

1 Biológicos.

2 Psicopatológicos.

3 Internos y lógicos.

4 Socioculturales. ✓

La evaluación dinámica estudia el potencial de aprendizaje a través de los factores socioculturales

Forns y Amador explican que la **evaluación del potencial de aprendizaje** o **evaluación dinámica** cobró interés con Feuerstein y se ancla en la **zona de desarrollo próximo** de Vigotsky. Evalúa las habilidades de un sujeto mediante un estilo de enseñanza activo, porque lo que puede hacer con ayuda de otra persona más capaz explica mejor sus habilidades cognitivas que lo que hace de forma autónoma. Su concepto trata de comprender el desarrollo cognitivo y el potencial de aprendizaje **por medio de los factores socioculturales** (Tzuriel, 2000) y de identificar los procesos que intervienen en el aprendizaje y el cambio. Se opone a la **evaluación estática**.

1 El manual ancla la evaluación dinámica en la mediación y la interacción con otra persona, sin apoyarla en factores biológicos.

2 Su objeto es el potencial de aprendizaje y los procesos que intervienen en el cambio.

3 La resolución lógica remite a la subteoría componencial de Sternberg, que Forns y Amador tratan en otro apartado del mismo capítulo.

4 Es la formulación del manual, tomada de Tzuriel.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 2, págs. 676-677. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 445.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Moreno Rosset 2005 (Consulta) y Moreno Rosset (Base).

36 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Los instrumentos de evaluación para el screening (cribado) del desarrollo de los niños pretenden:

1 Proporcionar una medida de inteligencia global.

2 Evaluar las habilidades específicas.

3 Identificar a aquellos niños que tienen una alta probabilidad de padecer un desarrollo retrasado. ✓

4 Diagnosticar a los niños con un desarrollo intelectual aventajado.

El cribado del desarrollo detecta a los niños con alta probabilidad de un desarrollo retrasado

Moreno Rosset y Ramírez Uclés definen el **screening** o **cribado** como un uso de los tests cuya finalidad es la **detección rápida** de algún tipo de trastorno, deficiencia o anomalía. Se busca una herramienta sencilla y de rápida aplicación que permita detectar a los sujetos que **potencialmente** puedan presentarlo, y se utiliza como «criba» antes de aplicar pruebas más exhaustivas. Para el desarrollo infantil citan como instrumentos de **screening del desarrollo** la Escala Observacional del Desarrollo, la prueba de screening del Inventario de Battelle, la PEDS y las Brigance screens.

1 La medida de inteligencia global corresponde a pruebas más exhaustivas, que se aplican después de la criba.

2 La evaluación de habilidades específicas también queda para las pruebas posteriores al cribado.

3 Es la finalidad del cribado aplicada al desarrollo.

4 El cribado detecta a quienes pueden presentar un trastorno o una deficiencia, como paso previo a un diagnóstico con pruebas más exhaustivas.

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. 6, pág. 222; cap. 12, pág. 445.

EN EL ATLAS

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

37 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Según el modelo propuesto por J.P. Guilford, la evaluación de la inteligencia debe realizarse:

1 Midiendo la inteligencia general (o factor g).

2 Estudiando la atención, la memoria y el razonamiento.

3 Siguiendo el enfoque de los estilos cognitivos.

4 Basándose en la medición de los contenidos, operaciones y producciones de las personas evaluadas. ✓

Para Guilford, la inteligencia se evalúa a partir de contenidos, operaciones y productos

Del Barrio sitúa a **Guilford** en el enfoque no jerárquico, con tres grandes categorías de habilidades que dan cuenta de la estructura del intelecto. Son las **operaciones** intelectuales (cognición, memoria, producción divergente, producción convergente y evaluación), los **contenidos** sobre los que se opera (figurativo, simbólico, semántico y comportamental) y los **productos** o formas de organizar la información. Sánchez-Elvira describe el modelo cúbico de 120 aptitudes independientes y lo considera de gran utilidad para la **construcción de tests de inteligencia**. Guilford rechazó la validez del **factor g**.

1 Guilford rechazó la validez del factor g, y la rotación ortogonal que usó impedía hallar un factor general.

2 Atención, memoria y razonamiento no son las dimensiones del modelo; la memoria aparece solo como una de las cinco operaciones.

3 Los estilos cognitivos son otra línea de estudio, que Sánchez-Elvira sitúa entre la inteligencia y la personalidad.

4 Recoge las tres dimensiones del modelo.

Ojo. La Base del tema (Moreno Rosset, cap. 12) no describe el modelo de Guilford; el comentario de partida remite a la edición de 2003 de Moreno Rosset, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5, pág. 183.
Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 240-242; cap. 9, pág. 448.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Del Barrio (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

38 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

La Teoría Triárquica de la Inteligencia formulada por R.J. Sternberg engloba la subteoría componencial, que se refiere a:

1 Formas de resolución lógica en actividades que requieren abstracción. ✓

2 Habilidades comprometidas con la capacidad creativa.

3 Habilidades vinculadas al manejo de la vida cotidiana.

4 Actividades vinculadas a la capacidad de adaptación emocional.

La subteoría componencial trata de las formas de resolución lógica en actividades que requieren abstracción

Forns y Amador explican que la **teoría triárquica** de Sternberg comprende tres aspectos, el mundo interno del individuo (subteoría **componencial**), la experiencia personal (subteoría **experiencial**) y el mundo externo (subteoría **contextual**). La componencial trata de los **mecanismos mentales, o formas de resolución lógica**, que conducen a una conducta más o menos inteligente en actividades que requieren **abstracción**, y se apoya en metacomponentes, componentes de ejecución y componentes de adquisición. La experiencial da cuenta de las habilidades de la capacidad creativa, y la contextual, de la adaptación, selección y configuración que caracterizan la conducta práctica.

1 Es la definición de Forns y Amador.

2 Las habilidades comprometidas con la capacidad creativa corresponden a la subteoría experiencial.

3 El manejo de la vida cotidiana es propio de la subteoría contextual.

4 La adaptación de la subteoría contextual es adaptación al entorno, y ninguna de las tres subteorías trata de la adaptación emocional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 3.1, págs. 693-696. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 317-319.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 55, PIR 2024 · n.º 47

39 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 1

Uno de los tests más utilizados en la evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo general es:

1. Mini-Menal State Examination (MMSE) de Folstein (1975). ✓
2. Geratric Scale (GS) de Yesavage (1983).
3. WISC-IV de Welcher (2005).
4. Batería de Evaluación del Potencial de Aprendizaje en Demencias (BEPAD) (Fernández Ballesteros et al., 2003)

El MMSE de Folstein es la prueba de detección del deterioro cognitivo más aplicada

La ficha del **Mini-Mental State Examination** (MMSE) en el apéndice de Fernández-Ballesteros lo presenta como un instrumento de **detección** de trastornos cognitivos muy breve y fácil de aplicar, que no pretende ni el diagnóstico ni la exploración neuropsicológica. Es el instrumento de detección de problemas cognitivos **más aplicado** tanto en la clínica como en la investigación, evalúa siete áreas y sirve también para observar la **progresión del deterioro** cognitivo. En el capítulo de evaluación del deterioro cognitivo figura en el cuadro 11.6 junto a la escala de depresión de Yesavage y la **BEPAD**, que mide el potencial de aprendizaje.

1. Es el MMSE de Folstein y colaboradores (1975).
2. La escala de Yesavage es la Geriatric Depression Scale, que el cuadro 11.6 coloca entre las escalas de depresión.
3. El WISC-IV es una escala de inteligencia para niños y adolescentes de 6 años a 16 años y 11 meses.
4. La BEPAD evalúa el potencial de aprendizaje en las demencias, un objetivo distinto de la detección del deterioro general.

> **Ojo.** El cuadernillo escribe «Mini-Menal», «Geratric Scale» y «Welcher» por Mini-Mental, Geriatric Depression Scale y Wechsler.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 6, ficha del MMSE, págs. 1-2; cap. 11, cuadro 11.6, págs. 364-365; apéndice, sección 1, ficha del WISC-IV, pág. 2.

EN EL ATLAS: Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

40

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 2

El Conner Performance Test-II (CPT-II) (Conner, 2004) es un cuestionario destinado a medir:

1. La memoria.
2. La atención y la impulsividad. ✓
3. La capacidad verbal y numérica.
4. La depresión.

El CPT-II de Conners mide la atención y la impulsividad

Las **tareas de ejecución continua** (CPT) consisten en detectar estímulos específicos que aparecen en una pantalla de ordenador, y Belloch las presenta como medida de la **vigilancia** o atención sostenida, cuyos déficits se muestran, por ejemplo, en errores por omisión. En el caso de evaluación de un niño con sospecha de TDAH que presenta Fernández-Ballesteros, el **Conners Performance Test II** se usa como prueba específica de atención, y se interpretan la detectabilidad, los tiempos de reacción, las **comisiones** (dar respuesta cuando debe ser inhibida) y la **atención sostenida**. Vallejo y Rodríguez lo incluyen entre los test de rendimiento continuo para evaluar el TDAH.

1. En el caso del manual se usa como prueba específica de atención, junto al d2.
2. Atención sostenida e inhibición de respuestas (comisiones) son lo que se interpreta en el caso.
3. Las capacidades verbal y numérica se valoran con tests de inteligencia como el WISC-R, que en el mismo caso se aplica aparte.
4. La sintomatología depresiva se valora en ese caso con el CDI.

Ojo. El enunciado lo llama «cuestionario» y escribe «Conner»; las fuentes lo tratan como una prueba de ejecución por ordenador, un test de rendimiento continuo de Conners.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, págs. 346-349. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 120. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 14, tabla 5, pág. 640.

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

41

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 2

En las últimas décadas y en relación con los test de aptitud y/o logro, la teoría clásica de los tests está siendo sustituida por:

1 La teoría del conglomerado.

2 La teoría de la respuesta al ítem. ✓

3 La teoría ipsativa.

4 Las técnicas objetivas.

En los tests de aptitud y logro, la teoría de respuesta al ítem va sustituyendo a la teoría clásica

Fernández-Ballesteros señala que quizá el mayor cambio de los métodos psicométricos en las últimas décadas ha sido la **sustitución gradual** de la **teoría clásica de los tests** (TCT) por la **teoría de respuesta al ítem** (TRI) en relación con los tests de aptitud y/o logro. Algunos autores consideran ya la TRI la versión hegemónica de la teoría de los tests, porque sus modelos dan más flexibilidad para elaborar tests y analizar las respuestas. Muñiz la presenta como un enfoque basado en las **propiedades de los ítems** más que en las del test global, cuya gran contribución es obtener **mediciones invariantes** respecto de los instrumentos y de las personas.

1 El término conglomerado remite al muestreo por conglomerados; las teorías de los tests que contraponen los manuales son la TCT y la TRI.

2 Es la sustitución que describe el manual.

3 Del Barrio llama ipsativas a una modalidad de respuesta de los cuestionarios, la de elección preferente entre dos o más opciones.

4 Las técnicas objetivas son una clase de técnicas de evaluación, junto a las proyectivas o las subjetivas.

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, pág. 309. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, pág. 187. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Pág. 69. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 2, apdo. 2.2.3.2.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 78

42

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 1

En una interacción comunicativa dirigida a la evaluación psicológica podemos decir, como criterio general, que el cómputo final de palabras del evaluador debe ser:

1 Inferior a las del evaluado. ✓

2 Igual que las del evaluado.

3 Superior a las del evaluado.

4 El máximo posible.

En la entrevista, el cómputo de verbalizaciones debe favorecer al entrevistado

Fernández-Ballesteros explica que el entrevistador debe atender a los patrones temporales de las verbalizaciones del entrevistado, la **latencia interverbalizaciones** y la **latencia intraverbalizaciones**. A estos parámetros se suele añadir el **cómputo total de las verbalizaciones**, excelente indicador de la distribución del tiempo total de la entrevista, que, en principio y si no se han tomado decisiones en contrario, **debe resultar favorable para el entrevistado**. En la misma línea, Moreno Rosset y Ramírez Uclés piden que en la entrevista inicial el entrevistador guíe la conversación pero deje **espacio para hablar** al cliente.

1 Es el criterio general del manual.

2 Un reparto igualado no cumple la condición de que el cómputo favorezca al entrevistado.

3 Hablar más que el evaluado invierte el criterio.

4 El máximo de palabras del evaluador dejaría sin espacio al entrevistado, que es quien debe hablar más.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 5, págs. 180-181. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 189.

EN EL ATLAS

Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Consulta).

43

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 1

El “Test del Marco y la Varilla” es más propiamente una técnica de evaluación:

1. Objetiva. ✓
2. Táctil.
3. Proyectiva.
4. Auditiva.

El Test del Marco y la Varilla se clasifica entre las técnicas objetivas de evaluación

Fernández-Ballesteros considera **técnicas objetivas** los procedimientos que recogen eventos psicológicos observables o amplificables, que en gran parte de los casos el sujeto no puede controlar, y que se aplican mediante aparatos o métodos informáticos que permiten una administración, registro, puntuación y análisis objetivos sin la intervención del evaluador. En su cuadro 8.1, el **Test de Percepción Horizontal-Vertical** figura como versión electrónica del «Test del Marco y la Varilla» (Rod and Frame Test), que estudia la influencia de coordenadas visuales y propioceptivas en la percepción del marco de referencia. Moreno Rosset incluye entre las técnicas objetivas cognitivas la instrumentación dirigida a evaluar la **percepción (auditiva, visual, táctil)**. Sánchez-Elvira lo presenta como uno de los tests de Witkin para evaluar la **dependencia-independencia de campo**.

1. Es una técnica objetiva, porque se administra y se puntúa mediante un aparato, sin la intervención del evaluador.
2. El cuadro 8.1 reserva la percepción táctil para instrumentos como el estesiómetro; la prueba del marco y la varilla estudia coordenadas visuales y propioceptivas.
3. Las técnicas proyectivas presentan un material estimular ambiguo, del que no se derivan respuestas correctas o incorrectas, y su interpretación depende de un análisis global.
4. La percepción auditiva es otra modalidad que evalúan las técnicas objetivas, con aparatos como el sonómetro; la tarea del marco y la varilla se apoya en referencias visuales y propioceptivas.

Trampa. Táctil y auditiva nombran modalidades perceptivas que las propias técnicas objetivas evalúan con sus aparatos; la pregunta las presenta como si fueran categorías de técnicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdos. 2-3 y cuadro 8.1, págs. 277, 280 y 290. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, pág. 281. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, cuadro 9.8, pág. 450.

EN EL ATLAS

Tema E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Ampliación).

44

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 4

En el ámbito de los procesos de selección de personal, los Assessment Center son:

1 Entrevistas estructuradas.

2 Test individuales de lápiz y papel.

3 Test colectivos utilizados como primer cribado.

4 Procedimientos que implican la observación comportamental en situaciones laborales creadas al efecto. ✓

Los Assessment Center observan la conducta en situaciones laborales recreadas

Fernández-Ballesteros describe la **observación en situaciones artificiales**: cuando no es posible observar en el ambiente natural, se replican esos ámbitos y se observan las actividades del sujeto en ellos. Una de las vías son los **tests situacionales**, pruebas más o menos estándar y estructuradas en las que es el evaluador quien provoca la situación. Entre los hitos históricos de la evaluación cita los tests situacionales para la selección de candidatos a puestos de trabajo denominados **Assessment Center**, en los que se hace asumir al sujeto situaciones semejantes a las que conlleva el puesto y se anota su ejecución según la apropiación de su conducta en una serie de atributos. Son, por tanto, procedimientos de **observación** de la conducta.

1 La entrevista es otra técnica de recogida de información; en el cuadro 14.6 figura como un indicador distinto de los Assessment Center.

2 El manual presenta los Assessment Center como un sistema de selección complejo, distinto de la combinación de entrevistas focalizadas y pruebas de lápiz y papel.

3 En ellos el evaluador anota la ejecución del sujeto en situaciones semejantes a las del puesto, lo que no corresponde a un test colectivo de cribado.

4 Es la descripción del manual, que los incluye entre los tests situacionales de la observación en situaciones artificiales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 5.2, págs. 218-219; cap. 14, cuadro 14.6, pág. 447, y pág. 458.

EN EL ATLAS

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

45

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

En la evaluación psicológica las “escalas de apreciación y protocolos de conducta” recogen:

1 Cualquier tipo de conductas producidas en un tiempo establecido de antemano.

2 Un tipo de conducta en un tiempo no establecido.

3 Una conducta previamente especificada en un tiempo establecido de antemano. ✓

4 Un continuo de las conductas tal y como se producen en su ambiente natural, sin sistematización alguna.

Las escalas de apreciación registran si una conducta especificada ocurre en un periodo fijado

Al tratar el **muestreo** en la observación, Fernández-Ballesteros contrapone dos formas de registro. Los **registros narrativos** recogen el continuo de la conducta tal y como se produce en su ambiente natural, y el observador registra todo lo que es capaz de observar, de lo que ocurre, en tiempo real. En las **escalas de apreciación y protocolos de conducta**, en cambio, tan solo se tiene en cuenta si la conducta o conductas a examen, **previamente especificadas**, ocurren o han ocurrido, o no, en un **período total de tiempo establecido de antemano**. El manual añade que, en una primera aproximación al caso, pueden utilizarse registros narrativos o escalas de apreciación cumplimentadas por personas allegadas al sujeto.

1 Las escalas se ciñen a conductas especificadas de antemano; registrar todo lo que ocurre es propio del registro narrativo.

2 El período de observación de estas escalas está establecido de antemano, igual que la conducta que se examina.

3 Es la descripción del manual, con la conducta previamente especificada y el período de tiempo establecido de antemano.

4 Recoger el continuo de la conducta tal y como se produce en su ambiente natural corresponde a los registros narrativos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdos. 3 y 4, pág. 212.

EN EL ATLAS

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

46 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas Anulada

Anulada

El test Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT) es de utilidad evaluar diferencias individuales relacionadas con las tipologías:

1. Nivelador/Agudizador.
2. Dependencia/Independencia de campo.
3. Impulsividad/Reflexividad.
4. Serial/Holístico.

El MFFT evalúa la impulsividad/reflexividad, y la pregunta se anuló por defectos de redacción

El Ministerio **anuló** la pregunta. Según el comentario de partida, ya figuraba anulada antes de las impugnaciones, por la falta de un «para» en el enunciado y por hablar de **tipologías** en lugar de **estilos cognitivos**. En cuanto al contenido, Sánchez-Elvira atribuye a Kagan la dimensión **impulsividad/reflexividad**: los impulsivos realizan toda la tarea cometiendo un gran número de errores, mientras que los reflexivos prefieren detenerse y analizar los elementos de la situación. El test más utilizado para evaluarla es el **Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT)**, en el que el sujeto debe seleccionar, de entre varias figuras alternativas, la que se ajusta exactamente a una de referencia; de la ejecución se obtienen la rapidez en la respuesta y el número de errores.

1. Nivelador/agudizador es el estilo del rango de equivalencia, que se evalúa con el Test de Clasificación Libre de Gardner.
2. La dependencia/independencia de campo se evalúa con el Test del Marco y la Varilla y el Test de Figuras Enmascaradas de Witkin.
3. Es el estilo que mide el MFFT según el manual, aunque el enunciado lo llame tipología.
4. Serial/holístico es una dimensión de las estrategias de aprendizaje, referida a la manera en que se fija la atención en el material.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional. Con el manual, solo la opción 3 corresponde al MFFT; el motivo de la anulación que recoge el comentario es de redacción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 450-453.

EN EL ATLAS

Tema H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

47 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

El “tiempo de Inspección” (TI) puede considerarse, más propiamente, una medida de:

1 La eficiencia neural. ✓

2 La memoria.

3 El neuroticismo.

4 La dependencia /independencia de campo.

El tiempo de inspección se estudia como un índice de la eficiencia neural

Sánchez-Elvira define el **tiempo de inspección (TI)** como el tiempo mínimo necesario que una persona tarda en reconocer de forma correcta un estímulo presentado durante un espacio de tiempo muy corto. El manual lo distingue del tiempo de reacción y lo relaciona con la **velocidad de aprehensión**. Junto con el tiempo de reacción, es una de las tareas simples con las que se estudia la **velocidad mental**. Las hipótesis de la rapidez de la transmisión neural (Jensen) y de su eficacia (Eysenck) se agrupan en el modelo general de **eficiencia neural** defendido por Vernon, y las correlaciones entre el TI y los tests psicométricos se consideran una evidencia de la hipótesis de la «eficiencia neuronal», aunque admiten otras interpretaciones.

1 El manual toma las correlaciones del TI con los tests psicométricos como evidencia de la hipótesis de la eficiencia neuronal.

2 En la tarea el sujeto decide cuál de dos líneas es más larga tras una exposición muy breve; lo que se mide es la rapidez de la inspección del estímulo.

3 El neuroticismo es una dimensión de personalidad; el TI pertenece al enfoque procesual de la inteligencia.

4 La dependencia/independencia de campo es un estilo cognitivo, que se evalúa con pruebas como el Test del Marco y la Varilla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 287, 291 y 307-308; cap. 9, pág. 450.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 50

48 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

Los modelos estructurales de la inteligencia y su medida a través de acercamiento psicométricos:

1 Nos proporcionan un conocimiento basado en los procesos cognitivos utilizados por la persona evaluada.

2 Nos revelan el funcionamiento de la inteligencia.

3 Permiten elaborar estrategias de intervención efectivas

4 Tienen como objetivo situar al sujeto en una posición dada, dentro de un grupo normativo. ✓

El enfoque psicométrico sitúa a cada sujeto en una posición dentro de un grupo normativo

Sánchez-Elvira resume las **críticas** a los acercamientos psicométricos de la inteligencia. Cita su **función meramente descriptiva**, que no permite articular mecanismo explicativo alguno, y su **carácter latente y estático**, porque los factores no revelan nada acerca de la naturaleza de la inteligencia o de su funcionamiento. También su **carácter estrictamente cuantitativo**, centrado únicamente en el análisis de diferencias individuales con el objetivo de **situar a cada sujeto en una posición dada, dentro de un grupo normativo**, y su **escaso poder de intervención**: como se ocupan de los resultados finales y dejan fuera los procesos intervinientes, no permiten elaborar estrategias efectivas para intervenir donde sea necesario.

1 El manual critica que dos personas con las mismas puntuaciones pueden haberlas obtenido a partir de procesos cognitivos diferentes, algo que el enfoque estructural no aprecia.

2 Por su carácter latente y estático, los factores no revelan la naturaleza de la inteligencia ni su funcionamiento.

3 Una de las críticas es su escaso poder de intervención, porque no permiten elaborar estrategias efectivas para intervenir.

4 Es el objetivo que el manual atribuye al carácter estrictamente cuantitativo de estos modelos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, apdo. 2.2, págs. 264-265.

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

49 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Si evaluamos la personalidad partiendo de tres dimensiones: Extraversión/Introversión, Neuroticismo/Estabilidad y Psicoticismo/Control de impulsos, estamos tomando como base el modelo de:

1. R.B. Cattell.
2. H.J. Eysenck. ✓
3. C.R. Cloninger.
4. J.B. Carroll.

Extraversión, neuroticismo y psicoticismo son las tres dimensiones del modelo PEN de Eysenck

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que, mediante su modelo descriptivo, Eysenck habla de **tres dimensiones independientes** para describir la personalidad, Psicoticismo (P), Extraversión (E) y Neuroticismo (N), propuesta conocida con el acrónimo **PEN**. Sánchez-Elvira describe el sistema PEN como tres **dimensiones-tipo** de carácter continuo, o **rasgos de segundo orden** supuestamente independientes, cada uno definido por la correlación existente entre una serie de rasgos primarios. Su cuadro 7.5 nombra las dimensiones con los rótulos del enunciado: Extraversión/Introversión, Neuroticismo/Estabilidad y **Psicoticismo/Control de los impulsos**.

1. Cattell propuso un modelo de rasgos que se evalúa con el Cuestionario de personalidad de Cattell.
2. Es el modelo PEN de Eysenck.
3. Cloninger, Svrakic y Przybeck propusieron el modelo psicobiológico del temperamento y el carácter (TCI).
4. Carroll es el autor de la teoría de los tres estratos, un modelo factorial de la inteligencia.

CUADRO 7.5. DESCRIPCIÓN DE LAS TRES DIMENSIONES FUNDAMENTALES DEL MODELO PEN DE H. J. EYSENCK

Dimensión	Descripción
Extraversión/Introversión	incluye rasgos primarios tales como grado de sociabilidad, actividad, vitalidad, asertividad, dominancia, búsqueda de sensaciones y despreocupación, entre otros.
Neuroticismo/Estabilidad	dimensión de diferenciación individual relativa a niveles de activación y labilidad (estabilidad-inestabilidad) emocional, representada por rasgos tales como ansiedad y estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, baja autoestima, tensión o timidez, entre otros, en el polo negativo de la dimensión (Neuroticismo).
Psicoticismo/Control de los impulsos	dimensión representativa del continuo normalidad-psicoticismo defendido por Eysenck, centrada en rasgos relativos a la agresividad manifestada por los individuos, egocentrismo, impulsividad, carácter antisocial, falta de empatía o frialdad de afectos, entre otros, en su polaridad negativa.

Fuente: Sánchez-Elvira (2005), cap. 7, cuadro 7.5, pág. 351

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 y 4.2 (edición digital sin paginar). Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.5, pág. 351. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 13, pág. 610. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 10, pág. 252.

EN EL ATLAS

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

50 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

El uso de un instrumento que evalúe el grado de sugestionabilidad es de utilidad en el diagnóstico diferencial de:

1 Es trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

2 Los problemas disociativos. ✓

3 La ansiedad generalizada.

4 Los trastornos de personalidad.

Evaluar la sugestionabilidad ayuda a distinguir los problemas disociativos de otros trastornos

Carrasco Ortiz advierte que, al diagnosticar disociación, hay que estar alerta a los **falsos positivos** y los **falsos negativos** y apreciar las semejanzas y diferencias con los síntomas disociativos de otras alteraciones, como el trastorno bipolar, los trastornos afectivos, psicóticos o la personalidad límite. Para obtener un indicador que ayude a discriminar una alteración disociativa de otra similar, es recomendable usar un instrumento que evalúe el grado de **sugestionabilidad**, que es mayor entre las personas con **problemas disociativos**. En el mismo capítulo señala que la facilidad para ser **hipnotizado** es superior en personas con alteraciones disociativas, y Belloch recoge el **modelo autohipnótico**, según el cual la disociación se produciría en sujetos altamente hipnotizables.

1 El manual hace esta recomendación al tratar el diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos, y no la plantea para el TOC.

2 Es la recomendación del manual: la sugestionabilidad es mayor entre quienes padecen problemas disociativos.

3 Entre los trastornos de ansiedad, el manual compara la disociación con el estrés postraumático o agudo, el pánico y las fobias; la sugestionabilidad sirve para identificar el problema disociativo.

4 La personalidad límite es uno de los trastornos con los que se hace el diagnóstico diferencial, y el indicador de sugestionabilidad apunta al problema disociativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Cap. 11, «Evaluación de los trastornos disociativos» (Carrasco Ortiz), apdos. 2.1-2.3, pág. 225. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 262.

EN EL ATLAS

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

51 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes alteraciones del lenguaje NO es característica de los niños con autismo?:

1 La inversión pronominal.

2 La ecolalia.

3 Las dificultades con el uso pragmático y social del lenguaje.

4 La dificultad persistente en la producción fonológica. ✓

La inversión pronominal, la ecolalia y los problemas pragmáticos caracterizan el lenguaje autista

Wicks-Nelson e Israel describen en el autismo la **ecolalia**, en la que el sujeto repite lo que otro ha dicho, inmediatamente o en el futuro, y la **inversión pronominal**, en la que el niño se refiere a otras personas como yo y a sí mismo como él, ella, ellos o tú. Quizá la alteración más notoria tiene que ver con el **uso pragmático y social** del lenguaje. Belloch sitúa la inversión pronominal y la ecolalia entre las alteraciones lingüísticas más frecuentes del TEA. La opción 4 reproduce el criterio A del **trastorno fonológico** del DSM-5-TR, la dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.

1 Según el manual, los errores de inversión pronominal son bastante comunes en el autismo.

2 La ecolalia suele ser frecuente en el autismo, aunque también se ha hallado en otros trastornos y en el desarrollo normal.

3 La alteración del uso pragmático y social del lenguaje es, quizá, la más notoria en el autismo.

4 La dificultad persistente en la producción fonológica es el criterio A del trastorno fonológico.

Ojo. Belloch (2020, vol. II, pág. 466) añade que el niño con TEA presenta alteraciones fonológicas y semánticas, y su tabla 15.1 incluye las dificultades articulatorias entre las características del lenguaje autista; Wicks-Nelson e Israel señalan que puede retardarse el aprendizaje de sonidos. La opción 4 solo es falsa si se lee como la alteración que define al trastorno fonológico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 12, pág. 303. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 466. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno fonológico, pág. 50.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base). DSM-5-TR es Base del tema B30 · Trastornos del lenguaje.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 36

52 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la afirmación correcta acerca de la prevalencia de la depresión en la infancia y la adolescencia?:

1 Entre los 6 y los 12 años la prevalencia es muy superior en las niñas.

2 En la adolescencia, la depresión es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos. ✓

3 En la adolescencia, la depresión tiene una prevalencia muy similar en las chicas y en los chicos.

4 La prevalencia de la depresión es similar en los adolescentes y en los niños más pequeños.

En la adolescencia la depresión es mucho más frecuente en las chicas

Wicks-Nelson e Israel señalan que tanto el **género** como la **edad** están claramente relacionados con la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes. Entre los 6 y los 12 años no suele hallarse ninguna diferencia de género y, cuando se encuentra, la prevalencia es mayor en los **varones**. En la **adolescencia**, en cambio, la depresión es mucho más frecuente en las **chicas** y empieza a aproximarse a la proporción de 2:1 entre mujeres y hombres propia de los adultos. Además, la prevalencia es mayor en los adolescentes que en los niños más pequeños. Vallejo y Rodríguez lo confirman con datos más recientes, y señalan que por debajo de los 12 años no existen prácticamente diferencias entre sexos.

1 Entre los 6 y los 12 años no suele haber diferencias de género, y cuando las hay la prevalencia es mayor en los varones.

2 Es lo que recogen ambos manuales para la adolescencia.

3 En la adolescencia la prevalencia se separa por sexos y se acerca a la proporción adulta de 2:1.

4 La prevalencia es mayor en los adolescentes que en los niños más pequeños, y Vallejo y Rodríguez sitúan los porcentajes más altos en la adolescencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 7, pág. 143.
Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 302.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación) y Wicks-Nelson (Consulta).

53 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B26 · Discapacidad intelectual

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la respuesta correcta acerca de los factores orgánicos en el retraso mental?:

1 Son especialmente importantes en los niveles más graves de retraso. ✓

2 No se consideran como tales aquellos que actúan después del nacimiento.

3 Su influencia se demuestra por la distribución normal del Cociente Intelectual en la población.

4 Cuando son hereditarios, implican siempre genes múltiples.

Los factores orgánicos se asocian sobre todo con los niveles más graves de retraso mental

Wicks-Nelson e Israel distinguen tres tipos de influencias en el retraso mental: **orgánicas**, **poligénicas** y psicosociales o culturales. Las causas orgánicas implican una afección asociada causalmente con una alteración del funcionamiento cerebral y se consideran la causa primaria de aproximadamente el 25 % de los casos. Aunque se asocian con todos los niveles de deficiencia mental, esta asociación se da especialmente con los **niveles más graves**; así explican los autores la «barriga» que presenta en su extremo inferior la distribución del CI. Las influencias poligénicas, en cambio, provienen de **genes múltiples** cuyos efectos producen la variación de la inteligencia en las poblaciones normales y se relacionan más con el retraso leve.

1 El manual afirma que la asociación de los factores orgánicos con la deficiencia mental se da especialmente con los niveles más graves.

2 Muchas circunstancias postnatales, como la malnutrición o las enfermedades del cerebro, se consideran factores de riesgo orgánico.

3 La variación normal del CI se atribuye a las influencias poligénicas; lo que delata a los factores orgánicos es el exceso de puntuaciones bajas en el extremo inferior.

4 Los síndromes heredados por gen único, según patrones mendelianos, son una de las causas orgánicas; los genes múltiples corresponden a las influencias poligénicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 10, págs. 248-253.

EN EL ATLAS: Tema B26 · Discapacidad intelectual. Wicks-Nelson no es fuente de este tema.

54 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes síntomas NO se considera una manifestación de Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia?:

1 Las compulsiones de comprobación.

2 La lentitud excesiva asociada a la necesidad de simetría.

3 Los pensamientos intrusivos obsesivos sin compulsiones.

4 Los rituales evolutivos que no causan interferencia. ✓

Los rituales evolutivos que no interfieren forman parte del desarrollo normal

Wicks-Nelson e Israel recuerdan que el comportamiento con cualidades obsesivo-compulsivas se produce en diversos estadios del **desarrollo normal**: rituales a la hora de comer o de acostarse, juegos repetitivos, preferencia por la simetría y compulsiones leves, bastante frecuentes a los ocho, nueve y diez años, que se conciben mejor como juegos. Solo causan preocupación si **dominan la vida del niño e interfieren** con sus actividades normales. El contenido de los rituales del TOC no suele parecerse a estos **rituales evolutivos normales**, y su inicio se produce más tarde. Caballo et al. recogen, entre los subtipos del TOC, las **obsesiones sin compulsiones manifiestas** y las obsesiones de simetría acompañadas a veces de **lentitud obsesiva**.

1 La comprobación figura entre las compulsiones halladas en niños y adolescentes diagnosticados de TOC.

2 Las obsesiones de simetría con compulsiones de orden y organización pueden acompañarse de lentitud obsesiva, según uno de los subtipos que recoge Caballo et al.

3 Las obsesiones sin compulsiones manifiestas son otro de los subtipos del TOC.

4 Los rituales evolutivos que no interfieren con las actividades normales se conciben mejor como juegos propios del desarrollo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 6, págs. 136-137. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, pág. 268.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Caballo (Consulta).

55 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una característica de las conductas estereotipadas?:

1 Ser repetitiva y rítmica.

2 Ser invariable en topografía (manifestación física).

3 Ser rara y excesiva en frecuencia, tasa o amplitud.

4 Ser inconsistente y en todo caso inofensiva para el propio sujeto. ✓

Las conductas estereotipadas carecen de función aparente y pueden llegar a ser autolesivas

Fernández Parra recoge que muchas definiciones consideran las conductas estereotipadas como conductas motoras **altamente consistentes y repetitivas** que aparentemente no poseen una función adaptativa. Según Jones et al. (1995), deben mostrar cuatro características: ser **repetitiva y rítmica**, ser **invariable en topografía** (manifestación física), ser **rara y excesiva** en frecuencia, tasa o amplitud en relación con el contexto, y no tener una función aparente. Los movimientos estereotipados que además producen daños físicos al propio niño, o son potencialmente peligrosos para él, suelen denominarse **autolesiones**. El DSM-5-TR añade que el comportamiento motor repetitivo del trastorno de movimientos estereotipados puede dar lugar a la autolesión.

1. Ser repetitiva y rítmica es la primera de las cuatro características de Jones et al.
2. Ser invariable en topografía es la segunda.
3. Ser rara y excesiva en frecuencia, tasa o amplitud, en relación con su contexto, es la tercera.
4. La consistencia forma parte de la definición, y estas conductas pueden dañar al propio niño, lo que se denomina autolesión.

Ojo. El propio capítulo matiza la ritmicidad: según Kropla et al. (1994), algunas topografías son claramente rítmicas, como el balanceo, y otras no lo son, como dar palmadas o morder objetos (pág. 327).

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. 11 (Fernández Parra, Características clínicas y tratamiento del trastorno de movimientos estereotipados y autolesivos), págs. 326-327. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de movimientos estereotipados, págs. 89-90.

EN EL ATLAS: Tema B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 178

56 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B25 · Trastornos del aprendizaje

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes síntomas se considera nuclear para el diagnóstico de la dislexia evolutiva superficial?:

1 El deterioro en la lectura de pseudopalabras en comparación con la de palabras.

2 La aparición concomitante de afasia.

3 Las palabras regulares, aunque sean desconocidas, tienen mayor probabilidad de ser leídas correctamente que las palabras irregulares. ✓

4 La aparición de paralexias visuales y derivativas.

En la dislexia superficial las palabras regulares se leen mejor que las irregulares

Belloch, Sandín y Ramos describen tres subtipos de dislexia evolutiva. La **dislexia evolutiva superficial** se caracteriza por leer mejor palabras regulares y palabras sin sentido que palabras irregulares; la vía alterada es la **léxica**. En la tabla 21.13 su síntoma crítico es que las palabras regulares, aunque sean desconocidas, tienen mayor probabilidad de ser leídas correctamente que las irregulares, síntoma considerado **necesario y suficiente** para el diagnóstico. La **dislexia fonológica** se define, en cambio, por el deterioro en la lectura de pseudopalabras frente a la de palabras; en ella son frecuentes las paralexias visuales y derivativas, y la tabla incluye la afasia entre sus síntomas asociados.

1 El deterioro en la lectura de pseudopalabras frente a la de palabras es el síntoma crítico de la dislexia fonológica.

2 La afasia aparece en la tabla como síntoma asociado de la dislexia fonológica.

3 Es el síntoma que la tabla 21.13 considera necesario y suficiente para diagnosticar la dislexia superficial.

4 Las paralexias visuales y derivativas son los errores más frecuentes de la dislexia evolutiva fonológica; en la profunda predominan las semánticas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 21, págs. 578-579 y tabla 21.13.

EN EL ATLAS: Tema B25 · Trastornos del aprendizaje. Se estudia con Belloch 2008 (Base).

57 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Desde el modelo conductual ¿Qué mecanismo de aprendizaje se ha propuesto como principal mecanismo mantenedor del mutismo selectivo?:

1 El refuerzo positivo.

2 El refuerzo negativo. ✓

3 El castigo positivo.

4 El modelado.

El mutismo selectivo se mantiene sobre todo por refuerzo negativo

Vallejo y Rodríguez delimitan el mutismo selectivo, en el marco del modelo conductual-cognitivo, como un patrón de respuestas aprendidas y específico de situaciones concretas, **mantenido por los reforzadores negativos** que alivian el estado aversivo que desencadena la situación y por los positivos que proporciona el entorno del niño. Recogen la fórmula de **Echeburúa y Espinet**, no hablar para evitar algo que se teme. Además, los recursos que sustituyen al habla, como el uso sistemático del gesto, la mueca o las notas escritas, permiten al niño satisfacer sus necesidades sin hablar y contribuyen a consolidar el mutismo a través del efecto del **refuerzo negativo**.

1 El entorno aporta reforzadores positivos, pero el manual nombra en primer lugar los reforzadores negativos que alivian el estado aversivo.

2 Es el mecanismo que destaca el modelo conductual: no hablar evita o alivia una situación temida.

3 El castigo positivo disminuiría la conducta a la que sigue; el modelo describe el mutismo como una respuesta de evitación que los reforzadores consolidan.

4 El manual explica el mantenimiento del mutismo por los reforzadores, negativos y positivos, que siguen a la conducta.

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. 6, págs. 246, 253 y 255.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

58 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿En qué casos de rechazo escolar debe realizarse el diagnóstico de Fobia específica?:

1 Cuando el miedo, la ansiedad o la evitación sea persistente y dure 6 meses o más.

2 Cuando el rechazo a acudir a la escuela sea persistente y genere malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, académico o familiar.

3 Siempre que no se deba a un trastorno de ansiedad por separación.

4 En aquellos en los que el estímulo fóbico sea un aspecto concreto del contexto escolar. ✓

El rechazo escolar solo es fobia específica si se teme un aspecto concreto del contexto escolar

Detrás de un **rechazo escolar** puede haber miedos muy distintos. Méndez, Olivares y Bermejo, en el manual de Caballo y Simón, piden acotar la fobia escolar. Si el componente principal es la **ansiedad de separación**, se diagnostica trastorno de ansiedad por separación, y si es la **ansiedad social**, trastorno de ansiedad social. El diagnóstico de fobia queda para los casos en que el estímulo fóbico es un **aspecto concreto del contexto escolar**, como **fobia específica situacional**. El DSM-5 sigue la misma lógica en el criterio G y en el diagnóstico diferencial de la fobia específica, que remite a esos otros trastornos cuando el miedo es a separarse o a ser evaluado.

1 Es el criterio E de cualquier fobia específica, la duración típica de 6 meses o más. Sirve para separarla de los miedos transitorios, pero no dice cuándo un rechazo escolar es una fobia.

2 Describe el malestar o el deterioro del criterio F, común a muchos trastornos. Un rechazo escolar persistente e incapacitante puede deberse también a la ansiedad por separación o a la ansiedad social.

3 Descartar la ansiedad por separación es necesario, pero no basta, porque el rechazo también puede deberse a la ansiedad social, que el criterio G excluye igualmente.

4 Es la restricción que propone el manual, que entonces considera la fobia escolar una fobia específica situacional.

Trampa. Las opciones 1 y 2 copian criterios generales de la fobia específica (duración y deterioro). Son verdaderos, pero no responden a lo que se pregunta, que es cuándo un rechazo escolar merece ese diagnóstico.

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, pág. 66. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, págs. 197 y 201.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Caballo y Simón (Consulta) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 81

59 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A3 · Clasificación y diagnóstico

Respuesta correcta: 3

¿Qué dos grandes categorías de síndromes distingue la clasificación empírica de la psicopatología infantil promovida por Achenbach?:

1 Trastornos afectivos y trastornos de conducta.

2 Trastornos socializados y trastornos no socializados.

3 Trastornos internalizados y externalizados. ✓

4 Retraimiento y problemas sociales.

La clasificación de Achenbach distingue síndromes de interiorización y de exteriorización

Wicks-Nelson e Israel exponen que los enfoques empíricos han hallado de forma coherente **dos amplias categorías** de conductas. Una se ha etiquetado como trastorno de **exteriorización**, de infracontrol o disocial, con peleas, rabietas, desobediencia y destructividad; la otra, como **interiorización**, sobrecontrol o ansiedad-retraimiento, con ansiedad, timidez, retraimiento y depresión. Con la CBCL, el TRF y el YSR se han identificado además **ocho síndromes** comunes a los tres instrumentos (cuadro 5-2). Belloch presenta este enfoque de Achenbach (1966) como un modelo dimensional con dos dimensiones de **banda ancha**, interiorizada y exteriorizada, que incluyen síndromes de banda estrecha.

1 Los trastornos afectivos y los de conducta encajan en las dos categorías, pero Achenbach las denomina interiorización y exteriorización.

2 Socializado e infrasocializado agresivo son dos síndromes restringidos que se han propuesto dentro de la exteriorización (Quay, 1986b).

3 Son las dos categorías generales de la clasificación empírica.

4 Retraimiento y problemas sociales son síndromes de banda estrecha: el primero, de interiorización; el segundo, en el cuadro 5-2, ni claramente de interiorización ni de exteriorización.

CUADRO 5-2. OCHO SÍNDROMES COMUNES A LA CBCL, EL TRF Y EL YSR

Agrupación	Síndromes
Interiorización	Retraimiento; Síntomas somáticos; Ansiedad/Depresión
Ni claramente de interiorización ni de exteriorización	Problemas sociales; Problemas de pensamiento; Problemas de atención
Exteriorización	Conducta delictiva; Conducta agresiva

Fuente: Wicks-Nelson e Israel (1997), cap. 5, cuadro 5-2, pág. 96 (adaptado de Achenbach, 1991a)

Ojo. Belloch (2020, vol. I, pág. 85) incluye los problemas sociales en la agrupación exteriorizada, mientras que el cuadro 5-2 de Wicks-Nelson e Israel (Achenbach, 1991a) los deja fuera de las dos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 5, págs. 95-96; cap. 8, pág. 176. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 3, pág. 85.

EN EL ATLAS: Tema A3 · Clasificación y diagnóstico. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

60 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Qué efecto tiene la depresión de los progenitores en la psicopatología de los hijos durante su infancia?:

1 Aumenta el riesgo de padecer trastornos afectivos pero no el de padecer trastornos de ansiedad.

2 Impide desarrollar una relación de apego seguro con el progenitor.

3 Aumenta de forma específica la probabilidad de padecer un trastorno de conducta debido a la alteración de la crianza.

4 Sus consecuencias negativas se manifiestan en múltiples áreas del funcionamiento del niño. ✓

La depresión de los padres repercute en múltiples áreas del funcionamiento del niño

Wicks-Nelson e Israel señalan que los niños con padres deprimidos no solo corren el riesgo de sufrir depresión, porque las consecuencias negativas parecen manifestarse en una **multiplicidad de áreas** de su funcionamiento. Estos niños y adolescentes corren el riesgo de desarrollar **trastornos disociales**, TDAH, **trastornos de ansiedad**, problemas escolares y un deterioro de la competencia social. La depresión de los padres puede alterar la **crianza eficaz**, y la falta de disponibilidad y de sensibilidad emocional son predictores de un **apego inseguro**. Aun así, no todos los hijos sufren los mismos efectos: muchos establecen con el progenitor deprimido un apego seguro, reciben una buena crianza y no desarrollan ningún trastorno.

1 El riesgo se extiende a otros problemas, entre ellos los trastornos de ansiedad.

2 Muchos hijos de un progenitor con depresión establecen con él un apego seguro, así que la depresión no lo impide.

3 Los trastornos disociales figuran entre los riesgos junto con el TDAH, la ansiedad, los problemas escolares y el deterioro de la competencia social, de modo que el efecto no es específico.

4 Es la formulación del manual: las consecuencias negativas se manifiestan en una multiplicidad de áreas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 7, págs. 155 y 158-159.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Wicks-Nelson (Consulta).

61 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 3

Según el DSM (IV-TR y 5) ¿Cuál de los siguientes es requisito para diagnosticar Trastorno de la Tourette?:

1 Un inicio de los síntomas anterior a los 12 años.

2 Que los tics motores y los tics vocales hayan estado presentes en algún momento de la enfermedad de forma concurrente.

3 Que los tics persistan durante más de un año desde la aparición del primer tic. ✓

4 Que hayan estado presentes al menos 3 tics vocales.

El trastorno de la Tourette exige que los tics persistan más de un año desde el primero

En el DSM-5 el **trastorno de la Tourette** requiere **tics motores múltiples y uno o más tics vocales** en algún momento de la enfermedad, **aunque no necesariamente de forma concurrente** (criterio A). Los tics pueden fluctuar en frecuencia, pero **persisten durante más de un año** desde la aparición del primero (criterio B). El trastorno **comienza antes de los 18 años** (criterio C) y no se debe a una sustancia ni a otra afección médica (criterio D). El DSM-IV también exigía más de un año de tics y un inicio antes de los 18 años.

1 La edad límite de inicio es de 18 años, en el DSM-IV y en el DSM-5. Los 12 años son el límite del TDAH en el DSM-5.

2 El criterio A dice que los tics motores y vocales no tienen por qué haber coincidido en el tiempo.

3 Es el criterio B: los tics pueden fluctuar, pero persisten durante más de un año desde el primer tic.

4 Basta con uno o más tics vocales; lo que debe ser múltiple son los tics motores.

Ojo. En el DSM-IV (1995) el criterio B añadía que en ese año nunca hubiera un período libre de tics de más de 3 meses consecutivos (pág. 109). El DSM-5 suprimió ese requisito y el DSM-5-TR no lo recupera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la Tourette, pág. 81. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de la Tourette, págs. 107-109.

EN EL ATLAS: Tema B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 60, PIR 2017 · n.º 181

62

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 4

Un niño de 16 meses decía “papa” (patata) para referirse a cualquier fruta o verdura redonda ¿Cómo se denomina esta aplicación de una palabra a mas objetos de los que incluye su significado convencional?:

1 Restricción semántica.

2 Aliteración semántica.

3 Infraexclusividad semántica.

4 Sobreextensión semántica. ✓

Aplicar una palabra a más objetos de los que incluye su significado es una sobreextensión

García Madruga y Delval describen varios fenómenos del **desarrollo léxico temprano**: la dependencia del contexto, las subextensiones y **sobreextensiones**, el solapamiento y el desajuste (cuadro 6.2). La sobreextensión consiste en utilizar una sola forma léxica para referirse a los objetos correctamente etiquetados con esa palabra y también, de forma errónea, a otros conceptos diferentes que normalmente **comparten ciertas propiedades**. El niño que llama «papa» a cualquier fruta o verdura redonda extiende la palabra a objetos que comparten la forma. Según el estudio de Dromi (1987), la sobreextensión tiende a aparecer bastante tarde en la historia de una palabra, y hacia los **dos años y medio** el niño deja de hacer sobreextensiones.

1. La restricción o subextensión es el fenómeno opuesto, el uso de una palabra para una parte del conjunto de sus referentes.
2. La «aliteración semántica» no figura entre los fenómenos de la adquisición temprana del léxico del cuadro 6.2.
3. La «infraexclusividad semántica» tampoco figura en ese cuadro.
4. Es la sobreextensión, uno de los fenómenos del cuadro 6.2.

CUADRO 6.2. FENÓMENOS EN LA ADQUISICIÓN TEMPRANA DEL LÉXICO

Fenómeno	Descripción
Dependencia del contexto	Al principio, cuando se adquiere una palabra, se utiliza sólo en contextos muy específicos (p.ej., sólo se utiliza la palabra perro para designar un dibujo concreto) y sólo cuando el desarrollo léxico va teniendo lugar se empieza a descontextualizar, es decir, a ser utilizada en un rango mucho más amplio de situaciones (p.ej., para designar cualquier dibujo que represente a un perro).
Subextensiones o restricciones	Consiste en el uso por parte del niño de una palabra en distintas situaciones para referirse sólo a una parte de un conjunto mucho más amplio de objetos, acciones, estados o propiedades; por ejemplo, la utilización restringida de la palabra perro sólo para referirse a una raza de perros.
Sobreextensiones	Consiste en la utilización de una sola forma léxica para referirse no sólo a un conjunto de objetos, acciones, estados o propiedades que están correctamente etiquetadas con una palabra, sino también y de forma errónea para referirse a otros conceptos diferentes que normalmente comparten ciertas propiedades; por ejemplo, el niño utiliza la palabra perro para referirse correctamente a los diversos tipos y razas de perros, pero también a otros animales que comparten ciertas características, como que tienen cuatro patas, que son aproximadamente del mismo tamaño, etc.
Solapamiento	Consiste en la utilización de una palabra de forma sobreextendida, para referirse a referentes no apropiados, pero al mismo tiempo se utiliza de forma restringida, ya que sólo se utiliza para referirse a algunos, pero no a todos los referentes apropiados; por ejemplo, la utilización del término perro para referirse a los perros grandes y a otros mamíferos de gran tamaño como las vacas y los caballos, pero no para referirse a los perros pequeños.
Desajuste	Algunas veces los niños utilizan las palabras en forma completamente diferente de lo que dicta el lenguaje adulto, no existiendo en este caso ningún solapamiento entre ambas referencias; por ejemplo, cuando un niño decide utilizar la palabra pato no para referirse a algún animal o pájaro, sino para referirse al lago en el que suele encontrar los patos y donde ha oído la palabra.

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 6, apdo. 3.2, cuadro 6.2 (edición digital sin paginar)

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. 3.2, cuadro 6.2 (edición digital sin paginar).

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

63

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J8 · Desarrollo moral

Respuesta correcta: 2

Un adolescente, ante la pregunta de por qué NO se puede robar, contesta "porque pueden verte, denunciarte a la policía y podrías ir a la cárcel". Según Kohlberg ¿Qué nivel de desarrollo moral está demostrando ese adolescente?:

1 Convencional.

2 Preconvencional. ✓

3 Orientado a la ley.

4 Orientado a principios individuales.

Razonar desde el miedo al castigo sitúa al adolescente en el nivel preconvencional

En la teoría de Kohlberg, lo que indica el nivel de desarrollo moral es el **razonamiento** que hay detrás de la respuesta al dilema. En el **nivel I, moralidad preconvencional**, las personas actúan bajo **controles externos** y obedecen las reglas para **evitar el castigo** o recibir recompensas, o por su propio interés. Es característico de los niños de cuatro a 10 años, pero Papalia y Martorell advierten que algunos adolescentes, e incluso adultos, **permanecen en el nivel I** y, como los niños pequeños, tratan de evitar el castigo. La respuesta del enunciado se apoya solo en las consecuencias para uno mismo. En el nivel II, convencional, las personas han interiorizado las normas de las figuras de autoridad.

1 En la moralidad convencional las normas de la autoridad ya están interiorizadas y preocupa ser bueno, agradar a los otros y mantener el orden social.

2 Es el razonamiento del nivel preconvencional.

3 «Orientado a la ley» remite a la etapa 4, dentro del nivel convencional, en la que interesa cumplir las obligaciones, respetar la autoridad y mantener el orden social.

4 Los principios propios corresponden al nivel posconvencional, cuya etapa 6 es la moralidad de los principios éticos universales.

Trampa. La edad del protagonista no decide el nivel, porque el manual recuerda que algunos adolescentes y adultos siguen en el nivel I.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 341-342 y tabla 11.2. 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. 16, págs. 497-498.

EN EL ATLAS
Tema J8 · Desarrollo moral. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 209

64

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor

Respuesta correcta: 3

Respecto al sentido de la vista en los bebes nacidos ¿Qué afirmación es cierta?:

1. Los bebés nacen prácticamente ciegos.
2. Los bebés enfocan coordinadamente los dos ojos (visión bionocular) desde el nacimiento.
3. De los cinco sentidos, el de la vista es el menos maduro en el momento del nacimiento. ✓
4. Los bebés tienen especiales problemas para enfocar objetos que están entre 6 y 75 cm.

La vista es el sentido menos desarrollado en el momento del nacimiento

Papalia y Martorell afirman que la **vista** es el sentido **menos desarrollado** en el momento del nacimiento, quizá porque no hay mucho que ver en el útero. Las estructuras de la retina están incompletas, el nervio óptico está subdesarrollado y los neonatos **enfocan mejor a unos 30 centímetros**, aproximadamente la distancia a la cara de la persona que los sostiene en brazos. García Madruga y Delval precisan que desde el nacimiento el niño es capaz de ver, aunque no con la misma precisión que un adulto: su capacidad de enfoque es reducida, la **convergencia binocular** tampoco está perfectamente establecida y la agudeza visual es más reducida que en el adulto.

1. Desde el nacimiento el niño es capaz de ver, aunque no con la misma precisión que un adulto.
2. La convergencia binocular, la capacidad de enfocar los dos ojos hacia el mismo punto, no está perfectamente establecida al nacer.
3. Es lo que afirma el manual: la vista es el sentido menos desarrollado en el momento del nacimiento.
4. Los neonatos enfocan mejor a unos 30 centímetros, una distancia que cae dentro del intervalo que la opción presenta como problemático.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 115-116. 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. 6, pág. 173. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 3, apdo. 3 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor. Se estudia con Papalia (Base) y García Madruga y Delval (Ampliación).

65

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 3

Muchos adolescentes piensan que son especiales, que tienen una vida excepcional o que lo que les sucede es único y no ha sido experimentado por nadie antes ¿Cómo se denomina este sesgo egocéntrico particularmente frecuente en la adolescencia?:

1. Sesgo de la unicidad.
2. Audiencia imaginaria.
3. Fábula personal. ✓
4. Sesgo de autoengrandecimiento.

La creencia adolescente de ser especial y único es la fábula personal

Elkind describió varias manifestaciones de la inmadurez del pensamiento adolescente. Llama **fábula personal** a la convicción de los adolescentes de que son especiales, de que su experiencia es **única** y de que no están sometidos a las reglas que gobiernan al resto del mundo; según Elkind, esta forma de **egocentrismo** es la base de muchos comportamientos riesgosos y autodestructivos. La **audiencia imaginaria** es otro concepto suyo, un observador virtual tan preocupado por las ideas y la conducta del adolescente como él mismo. García Madruga y Delval los presentan como dos **fenómenos antagónicos**, que expresan, respectivamente, una falta y una excesiva diferenciación entre lo que uno piensa y lo que piensan los demás.

1. El término de Elkind para esta creencia es fábula personal.
2. La audiencia imaginaria es la creencia de que todo el mundo está centrado y preocupado por lo que el adolescente hace o piensa.
3. Es la fábula personal.
4. El nombre que da Elkind a esta forma de egocentrismo adolescente es fábula personal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 339-340. 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., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 493.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 4

66 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

Un bebe de seis meses ha aprendido a coger el sonajero y los agita para que suene. El resultado le gusta y lo vuelve a agitar repetidamente. Este comportamiento es un ejemplo típico de:

1 Reacción circular secundaria. ✓

2 Asimilación.

3 Reacción circular terciaria.

4 Acomodación.

Agitar el sonajero para que vuelva a sonar es una reacción circular secundaria

En el período sensoriomotor de Piaget, las **reacciones circulares secundarias** aparecen en el estadio 3, entre los **4 y los 8 meses**. García Madruga y Delval las describen como conductas orientadas al mundo externo, actividades motoras como asir, golpear o empujar para reproducir el movimiento o el ruido de un objeto especialmente atractivo, como un muñeco o un **sonajero**; su característica principal es que se orientan a las **consecuencias ambientales** que producen. Papalia y Martorell ponen el mismo ejemplo: un bebé de esta edad agita repetidas veces su sonaja para oír el ruido. En las **reacciones circulares terciarias**, de los 12 a los 18 meses, el niño varía deliberadamente sus acciones para ver los resultados.

1 Es una reacción circular secundaria, propia de los 4 a los 8 meses.

2 La asimilación, la incorporación de nueva información a una estructura cognoscitiva anterior, interviene en esta y en otras conductas; el nombre de la conducta es reacción circular secundaria.

3 En la reacción circular terciaria el niño varía deliberadamente sus acciones para ver qué ocurre, y este bebé repite la misma acción.

4 La acomodación, el cambio de la estructura cognoscitiva para incluir información nueva, es el proceso por el que se adquiere la reacción circular secundaria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 3, apdo. 4.1, tabla 3.3 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 30-31; cap. 5, págs. 130-131 y tabla 5.2. 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. 7, pág. 203.

EN EL ATLAS

Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Se estudia con García Madruga y Delval (Base) y Papalia (Ampliación).

67 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

A diferencia de la inteligencia cristalizada ¿Cuál de las siguientes características presenta la inteligencia fluida?

1 Sus puntuaciones dependen mucho del diseño del estudio, siendo más optimistas en estudios con diseños transversales.

2 Implica conocimientos sensibles al contexto cultural.

3 Presenta puntuaciones que suelen incrementarse en la adultez media y vejez.

4 Alcanza su nivel máximo en la adultez temprana y luego sus puntuaciones suelen decrecer. ✓

La inteligencia fluida alcanza su máximo en la adultez temprana y después declina

Horn y Cattell distinguen la **inteligencia fluida**, capacidad de resolver problemas nuevos que requieren pocos o ningún conocimiento previo, de la **inteligencia cristalizada**, capacidad de recordar y usar la información adquirida a lo largo de la vida, que depende de la educación y de la experiencia cultural. Papalia y Martorell señalan que la fluida alcanza su **tope en la adultez temprana**, mientras que la cristalizada aumenta a lo largo de la mediana edad y, a menudo, hasta cerca del final de la vida. García Madruga y Delval añaden que los **diseños transversales** tienden a **sobrevalorar el deterioro** intelectual con la edad, y los longitudinales, a minusvalorarlo.

1 Los estudios transversales son los menos optimistas, porque tienden a sobrevalorar el deterioro intelectual con la edad.

2 Depender de la educación y de la experiencia cultural es propio de la inteligencia cristalizada.

3 La que aumenta en la mediana edad y, a menudo, hasta cerca del final de la vida es la inteligencia cristalizada.

4 Es el curso que describen los manuales para la inteligencia fluida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 458. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 13, apdos. 4.1-4.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema J10 · Adultez y vejez. Se estudia con García Madruga y Delval (Base) y Papalia y Martorell (Ampliación).

68 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

Uno de los elementos característicos del tratamiento cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo, es:

1 Que el paciente asuma o admita como normales las interpretaciones y valoraciones disfuncionales que mantiene sobre sus obsesiones.

2 Que el terapeuta se convierta en la principal, y, a ser posible, única fuente de reaseguración para el paciente.

3 Favorecer que el paciente interprete como “ruido” sus obsesiones y pueda “dejarlas ir” sin procesarlas activamente ni buscarles un significado especial. ✓

4 Centrar el foco del tratamiento en los contenidos de las obsesiones para rebatirlos.

La terapia cognitiva del TOC busca que las obsesiones pierdan su significado especial

En el modelo cognitivo del TOC que exponen Penadés et al., lo decisivo es la **valoración** del pensamiento intruso. Si la persona lo valora como algo desagradable pero **irrelevante**, o no se empeña en buscarle un **significado especial**, dejará de focalizar su atención en él y lo más probable es que desaparezca, diluido en el flujo de pensamiento normal. Si lo interpreta de forma disfuncional, aumenta el malestar y aparecen las conductas de **neutralización**. Por eso el objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a descubrir las **creencias disfuncionales** que están en la base de sus obsesiones, sin debatir su contenido, y el terapeuta debe evitar convertirse en una fuente adicional de reaseguro.

1. El objetivo de la terapia es cambiar las valoraciones disfuncionales por otras más adaptativas; asumirlas como normales las dejaría intactas.
2. El terapeuta debe estar atento a no convertirse en una fuente adicional de provisión de reaseguro.
3. Es lo que persigue el enfoque cognitivo: que el paciente deje de buscar en sus obsesiones un significado especial.
4. En el TOC no se trata de debatir con el paciente sobre el contenido de sus obsesiones.

Ojo. La formulación literal de la opción 3, interpretar las obsesiones como «ruido» y «dejarlas ir», procede de Belloch, Cabedo y Carrió (2011, pág. 236), que cita el comentario de partida y no está en el corpus. Penadés et al. (págs. 308 y 311) recogen la misma idea con otras palabras.

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. 13, págs. 308, 311 y 317. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Alianza. Pág. 236 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS: Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Penadés (Ampliación).

69 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo, la técnica de la exposición con prevención de respuesta tiene como finalidad que el paciente:

1. Se habitúe a la ansiedad que le causan las obsesiones sin utilizar estrategias para neutralizarla o disminuirla. ✓
2. Aprenda a suprimir de manera eficaz sus obsesiones.
3. Aprenda a retrasar la realización del ritual hasta que su ansiedad disminuya al menos hasta el 50% de la línea base inicial.
4. Aprenda a cuestionar los contenidos de sus obsesiones mediante técnicas de tipo cognitivo (p.ej., la flecha descendente, etc.)

La EPR busca que el paciente se exponga a la ansiedad sin neutralizarla

La **exposición con prevención de respuesta (EPR)** combina la exposición a la ansiedad que provoca la obsesión con la no realización de la compulsión: el paciente debe resistir el impulso de realizar cualquier comportamiento de escape o evitación y esperar a que la ansiedad **disminuya**. Fonseca-Pedrero (tabla 12.1) especifica que el paciente permanece expuesto hasta que se produzca una **reducción apreciable del malestar** y que durante la exposición se impide toda actividad que lo reduzca, incluido cualquier **procedimiento conductual, cognitivo** o la ingesta de fármacos. Penadés et al. añaden que la explicación de esa reducción (habituación, extinción o cambio de expectativas) ha sido objeto de numerosas hipótesis.

1. Es la finalidad de la técnica: exponerse a la ansiedad de la obsesión sin utilizar estrategias que la neutralicen o disminuyan.
2. Intentar suprimir las obsesiones es una forma de reducir el malestar, y la tabla 12.1 pide impedir toda actividad de ese tipo durante la exposición.
3. Los componentes de la tabla 12.1 impiden el ritual durante toda la exposición; retrasarlo hasta un 50 % de la línea base no figura entre ellos.
4. Durante la exposición la tabla manda impedir cualquier procedimiento cognitivo que reduzca el malestar.

TABLA 12.1. COMPONENTES DE LA EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA/TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Componentes de la exposición con prevención de respuesta/terapia cognitivo-conductual
1. Exposición a los estímulos o situaciones evocadoras de la ansiedad (pensamientos, impulsos o imágenes) y permanecer expuesto a ellos hasta que se produzca una reducción apreciable del malestar.
2. Impedir durante la exposición toda actividad que suponga una reducción de malestar, bien sea alejarse de los estímulos o situaciones evocadoras de ansiedad, dirigir la atención hacia otro asunto, pensar en cosas que reduzcan el malestar y, en general, utilizar cualquier procedimiento conductual, cognitivo o la ingesta de sustancias o fármacos que reduzcan el malestar.
3. Interpretar adecuadamente, eliminando el catastrofismo, la amenaza o el peligro sobre el que pueden informar los pensamientos (v.g., dejar el coche abierto).
4. Estimar de forma realista la probabilidad del posible daño y la responsabilidad personal por ello, atendiendo a la naturaleza real del fenómeno (v.g., daños involuntarios producidos por el coche).
5. La exposición en la imaginación puede potenciar la exposición cuando favorece la exposición interoceptiva (lo que siente la persona), y amplía el contexto de la exposición, lo que favorece una nueva relación con los estímulos evocadores del miedo.
6. La presencia o asistencia del terapeuta durante la exposición, aunque sea mínima, contribuye a mejorar esta.
7. Un componente de psicoeducación, al afectar a los puntos 3 y 4, puede contribuir a disminuir significativamente el número de sesiones de EPR.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Manual de tratamientos psicológicos. Adultos, cap. 12, tabla 12.1, pág. 399

Ojo. Fonseca-Pedrero menciona la habituación e inhibición propia de la EPR (pág. 398) y define el aprendizaje inhibitorio como una nueva relación entre los estímulos evocadores del miedo y la ausencia de amenaza (pág. 404). Abramowitz et al. (2018) explican la eficacia de la EPR por ese aprendizaje inhibitorio, más que por la habituación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA	Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, tabla 12.1, págs. 398-399 y 404. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 299.
EN EL ATLAS	Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 87

70

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

En el tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo, los experimentos conductuales:

1. Sustituyen a la exposición en vivo cuando esta técnica no puede aplicarse.
2. Deben graduarse en cuanto a complejidad, al igual que se hace con la exposición.
3. Sólo deben utilizarse en la fase de prevención de recaídas pues permiten predicciones más precisas.
4. Son útiles para que el paciente pueda comprobar en su vida cotidiana que sus predicciones catastrofistas no se corresponden con la realidad. ✓

Los experimentos conductuales comprueban en la vida real si se cumplen las predicciones temidas

Freeston y Ladouceur ilustran los **experimentos conductuales** con un paciente que temía no saber lo que necesitaba si no entendía todo lo que leía. El paciente dividió sus lecturas en categorías y comprobó que la **predicción** no era correcta, porque leía con más agrado y terminaba sabiendo más. Señalan que estos experimentos son útiles para cuestionar la **responsabilidad exagerada** y las **actitudes perfeccionistas**: el paciente comete deliberadamente un pequeño error o cambia un hábito rígido, predice las consecuencias negativas específicas y las compara con el **resultado real**. Cuando se plantean de forma apropiada, permiten que se hagan predicciones más precisas.

1. El manual los presenta como una forma de comprobar predicciones en la vida real, con una función propia dentro del tratamiento cognitivo.
2. La función que el capítulo atribuye a los experimentos es comparar la predicción con el resultado real, y la gradación por complejidad no forma parte de esa descripción.
3. Se emplean durante el tratamiento para cuestionar creencias, y el capítulo trata después, en otro apartado, la prevención de recaídas.
4. Es su función: comparar las consecuencias negativas que se predicen con el resultado real.

Ojo. En el TAG, Bados (Vallejo, 2012, cap. 7, págs. 293-294) pide que los experimentos conductuales sigan una progresión gradual y vayan aumentando en dificultad, de modo que la opción 2 tiene apoyo fuera del TOC. La clave se sostiene porque la opción 4 reproduce la función que el capítulo de Freeston y Ladouceur atribuye a los experimentos.

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. 5 (Freeston y Ladouceur, Análisis y tratamiento de las obsesiones), págs. 161-162. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Bados), págs. 293-294.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

71 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

El estilo terapéutico más recomendable para el tratamiento cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo incluye, entre otras, las características siguientes:

1 La aplicación correcta de las técnicas de exposición con prevención de respuesta.

2 Un empirismo colaborador y el uso del descubrimiento guiado. ✓

3 Utilizar a los familiares para convencer al paciente de que sus obsesiones no tienen sentido y que sus rituales le hacen perder tiempo.

4 Un estilo directivo a la vez que tranquilizador, que promueva en el paciente la búsqueda de las causas de sus problemas en experiencias vitales tempranas negativas.

La terapia cognitiva del TOC se apoya en el empirismo colaborador y el descubrimiento guiado

Penadés et al. señalan que todas las técnicas de la terapia cognitiva del TOC tienen en común los principios del **cuestionamiento socrático** y el **descubrimiento guiado**, y forman parte del **estilo psicoterapéutico estándar** de la terapia cognitiva tal y como la formuló Beck. A diferencia de la TREC, la terapia cognitiva adopta un estilo de **empirismo colaborador**, en el que cliente y terapeuta asumen el mismo grado de responsabilidad en la búsqueda de soluciones. En el TOC el objetivo es ayudar y guiar al paciente a descubrir las creencias disfuncionales que están en la base de sus obsesiones, sin debatir su contenido y sin convertirse en una fuente de reaseguro.

1 La EPR es una técnica con su propio procedimiento; la pregunta se refiere al estilo con que se aplica la terapia cognitiva.

2 Es el estilo de la terapia cognitiva estándar que se aplica también al TOC.

3 Convencer al paciente choca con el descubrimiento guiado, en el que es él quien descubre sus creencias disfuncionales.

4 Tranquilizar al paciente lo convertiría en una fuente de reaseguro, y el objetivo es descubrir las creencias disfuncionales que están en la base de las obsesiones.

Ojo. El comentario de partida sigue a Belloch, Cabedo y Carrió (2011, págs. 212 y 237), que no están en el corpus y enumeran como elementos del estilo terapéutico el empirismo colaborador, compartir las metas, el cuestionamiento socrático con descubrimiento guiado y las tareas entre sesiones.

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. 13, pág. 311; cap. 3, pág. 42. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Alianza. Págs. 212 y 237 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Penadés (Ampliación).

72 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 2

¿En cuál de las siguientes fases de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de Shapiro, para el tratamiento del estrés postraumático, el terapeuta realiza series de estimulación bilateral visual o táctil?:

1 Fase de Evaluación.

2 Fase de Desensibilización. ✓

3 Fase de Exploración Corporal.

4 Fase de Clausura.

La estimulación bilateral se aplica en la fase de desensibilización del EMDR

Fonseca-Pedrero describe la **EMDR** como un enfoque con un modelo de **ocho fases**. En la fase 3, **evaluación del recuerdo traumático**, se obtienen la peor imagen, la creencia negativa actual, la positiva deseada, la sensación física y la medición del malestar. En la fase 4, **desensibilización**, se procesa el recuerdo hasta su resolución adaptativa, con un malestar igual a 0, mediante **estimulación bilateral** con movimientos oculares, escucha bilateral o estimulación táctil (tapping). Siguen la instalación, el examen corporal, el cierre, en el que se asegura la estabilidad del usuario con visualizaciones guiadas o técnicas de autocontrol, y la reevaluación.

1. En la evaluación se obtienen la peor imagen, las creencias, la sensación física y las mediciones del malestar.
2. Es la fase en la que se procesa el recuerdo con estimulación bilateral.
3. En el examen corporal se chequea si queda alguna sensación negativa somática y, si fuera el caso, se completa su procesamiento.
4. En el cierre se asegura la estabilidad del usuario al terminar la sesión, con visualizaciones guiadas o técnicas de autocontrol.

> **Ojo.** En el caso clínico del manual también se hizo estimulación bilateral durante el examen corporal, para completar el procesamiento de una molestia residual, así que la opción 3 tiene algún apoyo. La estimulación sistemática del recuerdo corresponde a la fase 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 419-421.

EN EL ATLAS: Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

73 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes técnicas se incluye en el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) propuesto por Kabat-Zinn?:

1 La activación diferencial.

2 La autoexploración corporal. ✓

3 El modo hacer.

4 La defunción cognitiva.

La autoexploración corporal es una de las técnicas del MBSR

Kabat-Zinn creó en 1979 el **MBSR**, programa de reducción del estrés basado en la atención plena que combina la meditación budista con prácticas de yoga. Díaz, Ruiz y Villalobos enumeran sus cinco técnicas: **autoexploración corporal (body scan)**, meditación mindfulness o vipassana, estiramientos y posturas de **Hatha Yoga**, atención a la vida cotidiana y el ejercicio de comer una **uva pasa** con atención plena. La autoexploración se practica acostado boca arriba, haciendo que la mente recorra las diferentes partes del cuerpo, y es la primera de las técnicas para desarrollar la concentración, la calma y la atención plena.

1 La «activación diferencial» no figura entre las cinco técnicas del MBSR.

2 Es la primera técnica del programa.

3 El modo hacer es un concepto de la MBCT de Segal, Williams y Teasdale, que lo contraponen al modo ser.

4 La defusión cognitiva, a la que alude la opción con una errata, es un proceso de la terapia de aceptación y compromiso.

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, apdo. 7.1.2, pág. 516, y pág. 528; cap. 11, pág. 565.

EN EL ATLAS

Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

74

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes es un objetivo de los enfoques cognitivos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social):

1 Incrementar, al principio las expectativas de pérdida de control sobre la propia conducta.

2 Reducir las exposiciones a situaciones temidas hasta que la ansiedad anticipatoria sea mínima.

3 Centrar la atención del sujeto en el aumento de su activación autónoma.

4 Frenar la tendencia a establecer metas perfeccionistas. ✓

Frenar la tendencia a las metas perfeccionistas es un objetivo cognitivo en la fobia social

Salaberría y Echeburúa recogen que, en la fobia social, los tratamientos cognitivos más utilizados han sido la terapia racional emotiva de Ellis y, especialmente, la **terapia cognitiva de Beck**. Sus objetivos han sido **eliminar las expectativas negativas** de pérdida de control sobre la propia conducta, **cambiar la atención** centrada en el aumento de la activación autonómica y en el temor a mostrar síntomas físicos de ansiedad, suprimir los pensamientos reiterados sobre las posibles consecuencias temidas, crear la necesidad de ser activo y **frenar la tendencia a establecer metas perfeccionistas** y a minusvalorar los logros conseguidos. Las técnicas cognitivas deben aplicarse de forma integrada con la **exposición** a las situaciones sociales.

1 El objetivo que recoge el manual es eliminar las expectativas negativas de pérdida de control sobre la propia conducta.

2 Las técnicas cognitivas deben aplicarse de forma integrada con la exposición a las situaciones sociales, en las sesiones y en las tareas para casa.

3 Se pretende cambiar la atención centrada en el aumento de la activación autonómica.

4 Es uno de los objetivos que enumera el manual.

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. 2.1 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

75 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Uno de los objetivos terapéuticos de los actuales modelos de tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social/Fobia Social (Clark, 2001) es corregir la excesiva atención centrada en uno mismo y la imagen distorsionada de la propia ejecución que presentan muchos pacientes. ¿Qué técnica proponen Clark y Beck con este fin?:

1 La técnica de reestructuración de imágenes.

2 Video-feedback. ✓

3 Recuerdo autobiográfico de amenazas sociales pasadas.

4 Meditación mindfunlness.

El protocolo de Clark usa la videorretroalimentación para corregir la autoimagen distorsionada

Caballo y Salazar describen el **protocolo de tratamiento individual** de 16 sesiones de Clark y sus colaboradores, basado en el modelo de Clark y Wells (1995). Es una intervención enfáticamente cognitiva con ejercicios vivenciales en los que se manipula sistemáticamente el centrar la atención y los **comportamientos de seguridad** para mostrar sus efectos adversos, un entrenamiento para centrar la **atención en algo externo** y técnicas para reestructurar la **autoimagen distorsionada**, incluido el uso de la **videorretroalimentación**. Penadés et al. explican que el vídeo permite a la persona contrastar la imagen subjetiva que tiene de su comportamiento en una situación social con la imagen real y objetiva.

1 La técnica que el manual asocia a la corrección de la autoimagen distorsionada en este protocolo es la videorretroalimentación.

2 Es la técnica que se utiliza para reestructurar la autoimagen distorsionada.

3 El protocolo trabaja con la atención, las conductas de seguridad y la autoimagen actual mediante ejercicios vivenciales.

4 El entrenamiento atencional del protocolo enseña a centrar la atención en algo externo, tanto en las situaciones sociales como fuera de ellas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad social, Caballo y Salazar), pág. 325. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 219-220.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Penadés (Ampliación).

76

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición en el Trastorno de Estrés Postraumático?:

1. Sentimientos de ira o culpa. ✓
2. Miedo intenso.
3. Abusos sexuales.
4. Insomnio severo.

La ira y la culpa se consideran un obstáculo para la exposición en el TEPT

Báguena advierte que la exposición prolongada no es la panacea para el TEPT, porque hay aspectos que van en **detrimento del éxito terapéutico** si no se tienen en cuenta, como las **respuestas de ira o de culpa**. La ira, una respuesta bastante habitual tras una experiencia traumática, se considera con frecuencia un **obstáculo** para el funcionamiento eficaz de la exposición, y por eso se ha tratado con inoculación de estrés. Además, la exposición puede provocar una ansiedad que el individuo no pueda manejar, y sus resultados son peores si existe **abuso del alcohol** o comorbilidad con otros trastornos previos.

1. Es el ejemplo que da el manual de factores que van en detrimento del éxito de la exposición.
2. El miedo es la emoción sobre la que actúa la exposición, que Vallejo y Vallejo-Slocker describen como una intervención para extinguir el miedo.
3. El manual no incluye el tipo de suceso entre los obstáculos, y buena parte de los estudios de la exposición en el TEPT se ha hecho con mujeres víctimas de agresión sexual.
4. Los obstáculos que menciona el manual son la ira o la culpa, la ansiedad que no puede manejarse, el abuso del alcohol y la comorbilidad con trastornos previos.

Ojo. Vallejo y Vallejo-Slocker (2023, pág. 550) matizan que la vergüenza, la culpa e incluso la ira también pueden tratarse con éxito con la exposición (Clifton et al., 2017), que su aplicación es segura con comorbilidades como el abuso de sustancias y que, en los casos de ira extrema, se ha planteado incorporar técnicas de terapia cognitiva antes de exponer.

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. 12 (Báguena), apdos. 2.3 y 4 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 10, pág. 550.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

77 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes componentes forma parte del programa de intervención breve de Foa et al. (1995) para el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales?:

1 Terapia de Aceptación y Compromiso.

2 Entrenamiento en inoculación del estrés.

3 Reestructuración cognitivo sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos. ✓

4 Resolución de problemas.

El programa breve de Foa incluye reestructuración cognitiva de las creencias sobre el peligro y el control

Según Vallejo (2006), Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) diseñaron un **programa cognitivo-conductual breve** para víctimas muy recientes de agresión sexual, orientado a **prevenir el TEPT**. Sus componentes eran la información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión, el entrenamiento en **relajación y respiración**, la **exposición** en imaginación a los recuerdos y en vivo a las situaciones evitadas que no entrañan riesgo, y la **reestructuración cognitiva** de las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos. La Guía de tratamientos eficaces cita ese trabajo al exponer la idea de Foa de que la exposición posibilita la reestructuración cognitiva.

1 La terapia de aceptación y compromiso no figura entre los componentes del programa.

2 El entrenamiento en inoculación del estrés es otro tratamiento, desarrollado por Meichenbaum y adaptado para mujeres violadas por Kilpatrick, Veronen y Resick (1982).

3 Es el componente cognitivo del programa.

4 La resolución de problemas tampoco figura entre los componentes que recoge Vallejo (2006).

Ojo. La lista de componentes procede de Vallejo (2006, vol. I, pág. 442), que cita el comentario de partida y no está en el corpus; no se ha localizado en el corpus del Atlas. La Guía de tratamientos eficaces I (cap. 12, apdos. 2.2-2.3) solo cita el trabajo de 1995 y describe la inoculación de estrés como un programa distinto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (dir.) (2006). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Pág. 442 (no está en el corpus). 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. 12 (Báguena), apdos. 2.2 y 2.3 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Vallejo (2006) no es fuente de este tema.

78 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

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

1 Trastorno Obsesivo Compulsivo.

2 Trastorno de Ansiedad Generalizada.

3 Trastorno de Estrés Postraumático. ✓

4 Trastorno de Pánico.

La metáfora de la digestión explica el procesamiento de los recuerdos en el TEPT

En el tratamiento del **TEPT**, Penadés et al. recomiendan explicar al paciente que la reexperimentación, la evitación, las emociones y pensamientos negativos y la hiperactivación son señales de que el suceso traumático es una «asignatura pendiente», cuyo recuerdo no se ha procesado bien. Por eso es importante **procesar cognitivamente** los recuerdos traumáticos, idea que se puede reforzar con la **analogía de Foa et al. (2019)** del procesamiento como la **digestión de una comida pesada**. Contar o relatar los recuerdos ayuda a procesarlos, digerirlos y organizarlos, a que causen menos ansiedad y a aprender que no son peligrosos.

1 En el TOC se trabaja con obsesiones y estímulos temidos, sin un recuerdo traumático que digerir.

2 En la ansiedad generalizada el foco son las preocupaciones, y la metáfora se refiere a recuerdos traumáticos no procesados.

3 Es el trastorno en el que se usa la analogía para justificar el procesamiento de los recuerdos traumáticos.

4 La metáfora alude a los recuerdos de un suceso traumático que no se han procesado bien.

Ojo. El comentario de partida atribuye la metáfora a Foa y Rothbaum (1998) y la sitúa en la exposición de niños que han sufrido abuso sexual (Vallejo, 2006, vol. II, pág. 594, que no está en el corpus). Penadés et al. la atribuyen a Foa et al. (2019).

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. 12, pág. 276.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Penadés (Ampliación).

79

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

1 Extendiendo el tiempo trascurrido entre sesiones.

2 Prolongando la duración de las sesiones de exposición. ✓

3 Asociando a la terapia de exposición la toma de benzodiacepinas.

4 Empleando la exposición imaginada en lugar de la exposición en vivo.

La exposición prolongada es más eficaz que la corta en las fobias específicas

Sosa y Capafóns recogen que, en las fobias específicas, la **exposición prolongada es mejor que la corta**, hasta el punto de configurarse tratamientos de **una sola sesión** de 60 a 180 minutos (Öst). Cuanto más cercana sea la práctica de exposición al hecho real, mejores resultados cabe esperar, de modo que la **exposición en vivo** se prefiere a la exposición en imágenes. Sobre los **fármacos**, la opinión de que no hay un tratamiento farmacológico de elección es prácticamente unánime: la escasa evidencia indica que aportan poco frente a la terapia psicológica o que incluso pueden **obstaculizar** el efecto de la exposición al interferir con la habituación.

1 Lo que el manual asocia con una mayor eficacia es prolongar la exposición, que puede concentrarse incluso en una sola sesión larga.

2 Es la conclusión del manual sobre la duración de la exposición.

3 Los fármacos aportan poco frente a la terapia psicológica o incluso pueden obstaculizar el efecto de la exposición.

4 Cuanto más cercana al hecho real es la exposición, mejores son los resultados, así que la exposición en vivo se prefiere a la imaginada.

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. 8 (Sosa y Capafóns), apdo. 2 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

80

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

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

Impedir las conductas que buscan calmar la preocupación forma parte de la TCC del TAG

Bados describe la TCC del grupo de Barlow para el TAG, que incluye, entre otros componentes, la exposición a la preocupación y la **prevención de las conductas de seguridad**. En su modelo de autorregistro, ante la pregunta «¿Qué hago para reducir la preocupación?», el ejemplo es «llamo por teléfono a mi hijo para comprobar si está bien». Entre los experimentos conductuales para afrontar la incertidumbre propone, por ejemplo, **llamar al cónyuge** al trabajo **solo una vez en vez de varias**. Vallejo y Vallejo-Slocker incluyen en ese programa la exposición en vivo a las situaciones evitadas o pospuestas y la prevención de las conductas de seguridad.

1. Lo que se pide a la paciente es dejar de hacer conductas que buscan tranquilizarla, sin provocar a propósito más preocupación.
2. Es la técnica que describe el caso: suprimir los mensajes y las recogidas con los que la paciente calma su preocupación.
3. Mandar mensajes y recoger a la hija son conductas manifiestas que la paciente realiza para reducir su preocupación, y la intervención las previene.
4. La intervención se dirige a las conductas que reducen la preocupación de la paciente, que es lo que nombra la opción 2.

Ojo. El término «prevención de las conductas de preocupación» procede de Vallejo (2006, vol. I, pág. 243), que cita el comentario de partida y no está en el corpus. En la 2.ª y la 4.ª edición el componente se llama prevención de las conductas de seguridad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6, pág. 241. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Bados), págs. 278, 281 y 294. Vallejo Pareja, M. A. (dir.) (2006). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Pág. 243 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

81

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

Los antidepresivos ISRS son los fármacos con más apoyo en la ansiedad por separación

Vallejo y Rodríguez señalan que, en los trastornos de ansiedad infantil, la **psicoterapia** alcanza mayores tamaños del efecto que la farmacoterapia, pero que en el TAG y el **TAS** (trastorno de ansiedad por separación) resistentes al tratamiento los **ISRS** son los que presentan mayor apoyo empírico, con mejorías moderadas. Toro afirma, en el manual de Vallejo Ruiloba, que en lo que concierne a psicofármacos no cabe duda de que los ISRS son los **productos de elección**: la **fluvoxamina** ha mostrado una eficacia significativamente superior al placebo en la ansiedad por separación, la fobia social y la ansiedad generalizada en pacientes de 6 a 17 años.

1. Los ISRS, que son antidepresivos, son los fármacos de elección.
2. Los manuales atribuyen el mayor apoyo empírico a los ISRS, y no a los antihistamínicos.
3. Los fármacos que señalan los manuales son los ISRS.
4. Los antipsicóticos tampoco son el grupo que señalan los manuales, que nombran los ISRS.

Ojo. Vallejo y Rodríguez reservan los ISRS para los casos resistentes al tratamiento, porque la psicoterapia obtiene mayores tamaños del efecto; la pregunta se refiere solo a los fármacos.

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. 3, apdo. 5.3, pág. 142. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 37 (Toro, Psiquiatría de la infancia y la adolescencia) (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

82 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 4

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

1 Coste de respuesta.

2 Resolución de problemas.

3 Autorregulación.

4 Sobrecorrección. ✓

La sobrecorrección obliga a reparar los efectos de la conducta inadecuada y a practicar la adecuada

Díaz, Ruiz y Villalobos definen la **sobrecorrección** como una penalización por llevar a cabo una conducta inadecuada que tiene dos componentes. La **restitución** consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta, por ejemplo, pagar los desperfectos ocasionados por una conducta vandálica. La **práctica positiva** implica llevar a cabo repetidamente, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada. Su característica distintiva respecto del castigo es su función **educativa**, al incluir el entrenamiento en conductas alternativas o incompatibles con la inapropiada. El enunciado describe esta técnica con una redacción defectuosa.

1 El coste de respuesta se refiere a la pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo, y es un castigo negativo.

2 La resolución de problemas no contiene la restitución ni la práctica positiva que describe el enunciado.

3 La autorregulación tampoco incluye la restitución de los efectos de la conducta, que define a la sobrecorrección.

4 Es la sobrecorrección, con sus componentes de restitución y práctica positiva.

Ojo. El comentario de partida sitúa la técnica entre las utilizadas en los programas para niños con TDAH y advierte que el enunciado copia mal su definición (Comeche y Vallejo, 2012, pág. 580; esa edición no está en el corpus).

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, apdos. 5.3.2 y 5.4, págs. 184 y 188.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

83 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas

Respuesta correcta: 2

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

1 Hiperactividad.

2 Bruxismo. ✓

3 Trastorno obsesivo compulsivo.

4 Trastorno negativista desafiante.

La inversión del hábito se aplica a tics y hábitos nerviosos como rechinar los dientes

El **entrenamiento en reversión del hábito** es un procedimiento multicomponente creado por **Azrin y Nunn** (1973) para tratar **hábitos nerviosos y tics**. Sus elementos son la revisión de la inconveniencia del hábito, el entrenamiento en conciencia del hábito, el entrenamiento en una **respuesta que compita** con él, el apoyo social y la generalización. Díaz, Ruiz y Villalobos indican que está dirigido al síndrome de Tourette, los tics y la tricotilomanía, y que se ha aplicado a otras conductas repetitivas como el tartamudeo, morderse las uñas o **hábitos orales** como morderse los labios o **rechinar los dientes**, que es el bruxismo de la opción 2.

1 Los programas para el TDAH incluyen técnicas operantes y cognitivas, como las autoinstrucciones y la solución de problemas.

2 El rechinar de dientes es uno de los hábitos orales en los que se ha aplicado la técnica.

3 En el TOC el tratamiento psicológico bien establecido es la exposición con prevención de respuesta.

4 En los problemas de conducta infantil se entrena a los padres en atención diferencial, órdenes adecuadas, recompensas, extinción, tiempo fuera y costo de respuesta.

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, apdo. 2, págs. 610-613. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 399. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13, pág. 607; cap. 14, pág. 649.

EN EL ATLAS: Tema F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 184

84 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción Anulada

Anulada

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

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

La alarma de Mowrer condiciona la distensión vesical y puede funcionar sin despertar, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta, y con el corpus tienen apoyo tanto la opción 2 como la 3. El método de alarma de **Mowrer y Mowrer (1938)** se planteó como un procedimiento de **condicionamiento clásico**: la alarma es un estímulo incondicionado que provoca el despertar y la contracción del esfínter, y su presentación reiterada tras la **distensión vesical** convierte esta en estímulo condicionado. Vallejo y Rodríguez añaden que el sonido de la alarma inhibe la micción aunque el niño no llegue a despertarse por completo, y que Lovibond (1963) señaló el papel adicional del **condicionamiento operante**, que podría explicar la continencia sin despertar. Durante el tratamiento no se restringe la ingesta de líquidos.

1. El manual pide no restringir la ingesta de líquidos e incluso aumentarla en la fase de sobreaprendizaje.
2. Tiene apoyo, porque la distensión vesical, que precede a la micción, se convierte en estímulo condicionado.
3. También tiene apoyo, porque con el progreso del tratamiento el niño puede inhibir la orina sin despertarse.
4. Mowrer y Mowrer lo plantearon como condicionamiento clásico; el papel del operante lo propuso después Lovibond.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional y señala que las opciones 2 y 3 eran correctas, lo que coincide con el corpus. La 4 es falsa si se atiende a lo que propusieron Mowrer y Mowrer, aunque Lovibond añadió después el papel del condicionamiento operante.

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, apdo. 2.4.2.1, págs. 447-449. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, apdo. 4, págs. 619-620.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

85 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 2

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

1 Suponen una forma de control de los antecedentes de la conducta.

2 Incluyen el reforzamiento de omisión. ✓

3 Implican aislar al niño en una esquina de la sala.

4 Consisten en reducir la estimulación aversiva.

El reforzamiento diferencial incluye reforzar la omisión de la conducta problema

Díaz, Ruiz y Villalobos describen el **reforzamiento diferencial** como una forma de reducir conductas evitando su refuerzo y reforzando a cambio conductas incompatibles, alternativas o funcionalmente equivalentes, o tasas bajas de respuesta hasta reforzar que la conducta no aparezca ninguna vez. En los programas para problemas de conducta infantil, Vallejo y Rodríguez citan el **refuerzo de omisión** junto al refuerzo diferencial de respuestas incompatibles: si durante un periodo continuado no se ha producido ninguna rabieta, se refuerza al niño por ello. Es un procedimiento que actúa sobre las **consecuencias**, y aislar al niño corresponde al **tiempo fuera**, un tipo de **castigo negativo**.

1 El reforzamiento diferencial actúa sobre las consecuencias de la conducta, reforzando otras conductas o la ausencia de la problemática.

2 El refuerzo de omisión es uno de estos procedimientos.

3 Aislar al niño es tiempo fuera, que consiste en negar el acceso temporal a los reforzadores tras la conducta inadecuada.

4 El reforzamiento diferencial consiste en reforzar conductas alternativas o la ausencia de la conducta problema.

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, apdos. 5.1 y 5.3.2, págs. 177-179 y 183. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13, págs. 588 y 602.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

86 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

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

1 Se establece una frecuencia semanal para pesarse. ✓

2 Se introducen algunos alimentos prohibidos.

3 Se prescribe un patrón de comidas aleatorio.

4 Se desaconseja que las pacientes anoten los alimentos que ingieren.

En la primera fase de la TCC de Fairburn para la bulimia se establece un pesaje semanal

El programa de **Fairburn, Marcus y Wilson (1993)** para la bulimia nerviosa dura 20 sesiones repartidas en **tres fases**. En la primera se presenta el modelo cognitivo de mantenimiento y se emplean técnicas conductuales como el **autorregistro**, el control de estímulos y las conductas alternativas para reemplazar los atracones por **patrones de alimentación más estables**; en la segunda se suprime el seguimiento de dietas y se trabajan las cogniciones. Fonseca-Pedrero añade que en esta fase se instruye al cliente a **pesarse una vez por semana**, y en el manual de infancia y adolescencia la fase 1 de la versión mejorada de la TCC incluye establecer autorregistros y el peso semanal.

1 Pesarse una vez por semana, el mismo día, a la misma hora y en las mismas condiciones forma parte de la fase inicial.

2 La segunda fase se centra en suprimir el seguimiento de dietas, y Perpiñá (2015) sitúa en ella la introducción de alimentos prohibidos.

3 La primera fase busca patrones de alimentación más estables, con comidas regulares.

4 El autorregistro es una de las técnicas conductuales de la primera fase.

Ojo. La introducción jerarquizada de alimentos prohibidos en la segunda fase procede de Perpiñá (2015, págs. 159-161), que cita el comentario de partida y no está en el corpus. Vallejo (2012, vol. II, pág. 354) describe el programa actual, la TCC reforzada, en el que pesarse semanalmente y comer de forma regular se introducen en la fase I.

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, apdo. 4.1 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 492. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.2, pág. 383. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Saldaña), pág. 354. Perpiñá, C. (2015). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Síntesis. Págs. 159-161 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Fonseca I/A (Ampliación).

87 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 2

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

1 Utiliza los mecanismos del condicionamiento clásico.

2 Se trata de un entrenamiento de la actividad eléctrica cerebral. ✓

3 Los juegos muy complejos y divertidos suelen ser más eficaces.

4 Esta recomendado en casos con baja motivación hacia el tratamiento.

El neurofeedback entrena la actividad eléctrica cerebral del niño con TDAH

El **neurofeedback** es una modalidad de biofeedback basada en el registro de la **actividad eléctrica del cerebro**, cuyo objetivo es modificar el patrón electroencefalográfico característico del TDAH. Los protocolos más utilizados buscan disminuir las **ondas theta** y aumentar las beta. Durante la sesión el niño ve un juego o un vídeo que evoluciona positivamente, actuando como reforzador, si su nivel de actividad eléctrica aumenta, y que se para cuando disminuye. Así aprende a modular su actividad cortical por los principios del **condicionamiento operante**. Suelen hacerse dos o tres sesiones por semana y hacen falta unas 40 para observar cambios.

1 Fonseca sitúa este aprendizaje en los principios del condicionamiento operante, con el juego como reforzador, y Vallejo (2012) habla de que el niño adquiera un control operante de su EEG.

2 Es un entrenamiento individualizado que busca cambiar el patrón electroencefalográfico propio del TDAH.

3 En el caso clínico de Fonseca el software es atractivo y adaptado a la edad, pero la lógica de los juegos es sencilla, con más puntos cuanta más concentración. Ningún manual consultado liga la eficacia a juegos muy complejos.

4 Los manuales consultados no lo indican para la baja motivación. Fonseca subraya que es costoso y que precisa constancia y continuidad.

Ojo. Las fuentes valoran su eficacia de forma distinta. La tabla 7.3 de Fonseca (pág. 223), que sintetiza la guía de práctica clínica del TDAH, da a las intervenciones con neurofeedback un nivel de evidencia 4 y un grado de recomendación D. Vallejo y Rodríguez (pág. 651) lo consideran un tratamiento posiblemente eficaz.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 2, págs. 220-221 y 223, y apartado de caso clínico, pág. 228. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 14, apdo. 5.3, págs. 650-651. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 10 (Ruiz, Luciano, Gil González y Barbero Rubio), apdo. 5.2.1, págs. 686-687.

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Consulta).

88 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

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

1 Guiado externo en voz alta.

2 Autoinstrucciones enmascaradas.

3 Modelado cognitivo. ✓

4 Autoinstrucciones encubiertas.

En la primera fase de las autoinstrucciones el modelo hace la tarea hablándose en voz alta

El **entrenamiento en autoinstrucciones** de Meichenbaum y Goodman (1971) se basa en las fases que propuso Luria para el control verbal de la conducta. Díaz y Ruiz lo describen en cinco pasos. En el primero, el **modelado cognitivo**, un modelo adulto realiza la tarea dándose instrucciones concretas a medida que la lleva a cabo. En el **modelado cognitivo participante** el niño hace la tarea mientras el modelo verbaliza las instrucciones en voz alta. Después el niño se las dice en voz alta, luego solo las susurra y, por último, se las da internamente en las **autoinstrucciones encubiertas**.

1 Fonseca Psicosis llama guía externa en alto a la fase en que los participantes practican el ejemplo, y Vallejo (2012) llama guía externa a aquella en que el niño realiza la tarea siguiendo las instrucciones del terapeuta. Es el segundo paso.

2 Con este nombre recoge Fonseca Psicosis la fase en que los participantes susurran las instrucciones para sí mismos, la que Díaz y Ruiz llaman desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta.

3 Es el primer paso, en el que el modelo realiza la tarea dándose las instrucciones.

4 Es el último paso, en el que el niño se da internamente las instrucciones mientras realiza la tarea.

Ojo. Los nombres de las fases cambian de un manual a otro. Díaz y Ruiz (pág. 438) hablan de modelado cognitivo participante y de desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta; Fonseca Psicosis (pág. 273), de guía externa en alto y de autoinstrucciones enmascaradas, y Vallejo (2012, pág. 688), de guía externa, autoguía manifiesta y autoguía manifiesta atenuada. Los tres llaman modelado cognitivo a la primera.

Para fijarlo. Primero lo hace y lo dice el adulto; al final lo hace el niño y se lo dice por dentro.

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. 2.2, pág. 438. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 8, pág. 273. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 10 (Ruiz, Luciano, Gil González y Barbero Rubio), apdo. 5.2.3, pág. 688.

EN EL ATLAS

Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

89 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes terapias utiliza los procedimientos más y mejor evaluados en el tratamiento de los trastornos del espectro autista?:

1 Terapia Ocupacional.

2 Terapia de integración auditiva.

3 Terapias basadas en el análisis aplicado de la conducta. ✓

4 Hipnoterapia.

Las terapias basadas en el análisis aplicado de la conducta son las de elección en el autismo

Fonseca recuerda que las distintas terapias basadas en el **análisis aplicado de conducta** (ABA) son, hasta la fecha, las más empleadas y de elección para niños con graves trastornos del desarrollo. Son intervenciones sistemáticas que se aplican pronto, de forma individual e intensiva, y que usan **reforzamiento**, moldeamiento, encadenamiento, extinción e instigación. En el capítulo del TEA, los **programas de intervención conductual** (ABA, conductas pivotales, contextos naturales e intervenciones mediadas por las familias) agrupan estrategias con evidencia científica. Vallejo y Rodríguez destacan por su difusión el Análisis Conductual Aplicado de Lovaas, la Intervención Conductual Naturalista de Koegel y el Modelo Evolutivo Pragmático.

1 La terapia ocupacional no figura entre las intervenciones con evidencia que describe el capítulo del TEA de Fonseca.

2 La terapia de integración auditiva tampoco aparece entre esas intervenciones.

3 Las terapias basadas en ABA son las más empleadas y de elección, y sus estrategias cuentan con evidencia científica.

4 La hipnoterapia no aparece entre las intervenciones con evidencia para el TEA.

Ojo. La afirmación de que el tratamiento basado en el análisis aplicado de la conducta es el único que utiliza los procedimientos más y mejor evaluados procede de la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003, pág. 43), que no está en el corpus. El capítulo del TEA de Fonseca no menciona la terapia ocupacional, la integración auditiva ni la hipnoterapia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, apdo. 2.5.1, pág. 201, y cap. 2, pág. 84. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, apdo. 4, págs. 688-689. 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. Pág. 43 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Consulta).

90 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el tratamiento para la depresión infantil con un mayor apoyo empírico?:

1 Terapia familiar sistémica.

2 Terapia de conducta. ✓

3 Terapia de juego.

4 Relajación de Koepen.

La terapia de conducta, con su vertiente cognitiva, es la de más apoyo empírico en la depresión infantil

Fonseca concluye que la **TCC** continúa siendo el modelo de tratamiento con **mayor apoyo empírico** para la depresión infanto-juvenil, aunque entre los 5 y los 11 años la evidencia es escasa y más débil que en adolescentes. La revisión de David-Ferdon y Kaslow (2008) consideró la TCC un tratamiento bien establecido para la depresión infantil y la **terapia conductual**, fuera de los paquetes multicomponente, probablemente eficaz. Vallejo y Rodríguez sitúan la TCC como primera elección y describen programas como **ACCIÓN**, de Stark. Los **modelos basados en la familia**, en cambio, no han tenido una sólida trayectoria de investigación.

1 Según Fonseca, los modelos basados en la familia no han tenido una sólida trayectoria de investigación, salvo la terapia familiar centrada en el apego para adolescentes.

2 Es el enfoque, incluida su vertiente cognitiva, con mayor apoyo empírico en la depresión infantil.

3 Los manuales consultados no la incluyen entre los tratamientos con apoyo empírico para la depresión infantil.

4 La relajación de Koeppen es la adaptación para niños de la tensión y distensión muscular que Vallejo y Rodríguez presentan en el tratamiento de la ansiedad.

Ojo. La clave procede de la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003, pág. 81, no está en el corpus), que da la terapia de conducta, incluido el enfoque cognitivo, como el único tratamiento con apoyo empírico. Con criterios más exigentes, Vallejo y Rodríguez (págs. 314-315) no ven hoy en la depresión infantil ningún tratamiento bien establecido ni probablemente eficaz, sino cuatro posiblemente eficaces, entre ellos la TCC y la terapia de conducta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, apdo. 4, pág. 505, y apdo. 7, pág. 515. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, apdo. 5.1, págs. 314-316, y cap. 3, pág. 135. 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. Pág. 81 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

91 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad · Anulada

Anulada

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia ¿Con qué nombre se conoce la técnica consistente en inducir un estado antagonista de la ansiedad emparejado a presentaciones del estímulo temido?:

1 Inundación.

2 Implosión.

3 Imágenes emotivas.

4 Desensibilización.

Imágenes emotivas y desensibilización inducen estados antagonistas de la ansiedad, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta tras las impugnaciones; la clave provisional era la 4. En la **desensibilización sistemática** estándar la presentación de los estímulos temidos se acompaña de una respuesta inhibitoria de la ansiedad, la relajación. Caballo y Simón describen las **imágenes emotivas** de Lazarus y Abramovitz como una variante de la DS para niños pequeños o con dificultades para relajarse, en la que la **respuesta inhibitoria de la ansiedad** es el estado emocional que suscita un relato con sentimientos positivos de autoafirmación, orgullo, afecto o alegría. Las dos técnicas, opciones 3 y 4, emparejan un estado antagonista de la ansiedad con el estímulo temido.

1. En la inundación el contacto se hace desde el principio con las situaciones que producen un alto nivel de ansiedad, sin una respuesta antagonista.
2. En la terapia implosiva la exposición al estímulo fóbico se acompaña de escenas de carácter terrorífico.
3. Variante de la DS en la que el estado antagonista es la emoción positiva que suscita un relato protagonizado por un héroe infantil.
4. Clave provisional. La DS presenta los estímulos temidos junto con una respuesta inhibitoria de la ansiedad, normalmente la relajación.

Ojo. Comeche y Vallejo (2016, pág. 122), en la 3.ª ed. del manual que cita el comentario de partida, describen el procedimiento de las imágenes emotivas como el de una desensibilización: cuando el héroe suscita emociones positivas se introduce el primer ítem de la jerarquía y se continúa como en el procedimiento estándar.

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, apdos. 5.1.1.1-5.1.1.2, págs. 74-76. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Pág. 122. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, apdo. 3.1, pág. 214. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 188.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Caballo y Simón no es fuente de este tema.

92 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes constituye un objetivo del programa de tratamiento para menores víctimas de abuso sexual de Deblinger y Heflin?:

1 Enseñar al niño habilidades de expresión emocional. ✓

2 Olvidar el abuso.

3 Aumentar la desconfianza de los menores hacia los adultos.

4 Modificar la consulta sexual del menor.

El programa de Deblinger y Heflin enseña al niño a expresar sus emociones

El programa **cognitivo-conductual centrado en el abuso** de Deblinger y Heflin (1996) se dirige a los niños víctimas de abusos sexuales y a sus progenitores no implicados en el abuso. Con el niño tiene tres componentes: el **entrenamiento en habilidades de afrontamiento**, que incluye la expresión emocional, el afrontamiento cognitivo y la relajación; la exposición gradual con procesamiento cognitivo y afectivo; y la **educación** sobre abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal. En las **habilidades de expresión emocional** el terapeuta amplía el vocabulario emocional del niño, le enseña a identificar sus emociones y las de otros y le ayuda a expresarlas de forma adecuada.

1 Forma parte del primer módulo, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

2 El capítulo advierte que la estrategia de no hablarle del abuso para que el hijo lo olvide puede incrementar la sintomatología. El programa trabaja con la exposición gradual a lo sucedido y su procesamiento.

3 El componente educativo del programa trabaja las habilidades de seguridad personal, dentro de una intervención que también implica a los progenitores no agresores.

4 La «consulta sexual» no corresponde a ninguno de los componentes del programa, que abordan la educación sobre abuso sexual y sexualidad sana.

Ojo. El comentario de partida describe la versión actual del programa, la TF-CBT, con el acrónimo PRACTICE. Vallejo y Rodríguez la presentan como terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, diseñada en origen para niños víctimas de abuso sexual y sus padres no abusadores (pág. 365), con una fase de regulación emocional en la que el niño aprende a identificar, etiquetar y compartir sus emociones y a expresarlas de forma asertiva (págs. 372-373).

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. 10 (Cantón Duarte y Cortés Arboleda), apdo. 5.2, págs. 309-311, y apdo. 2, pág. 297. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, apdo. 5.1.1, pág. 365, y apdo. 5.3.4, págs. 372-373.

EN EL ATLAS

Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Caballo y Simón no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

93 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tratamientos conductuales es el adecuado para el abordaje del Trastorno por tics en la infancia?:

1 Entrenamiento en relajación.

2 Inversión del hábito. ✓

3 Práctica masiva positiva.

4 Manejo de contingencias.

La inversión del hábito es el tratamiento conductual de referencia para los tics infantiles

Fonseca señala que en niños y adolescentes con trastorno de tics la primera elección es la **terapia conductual**, y que los tratamientos con más evidencia son la intervención conductual integral para tics (CBIT) y la **terapia de inversión del hábito** (TIH). Ideada por Azrin y Nunn (1973), la TIH es la terapia de tics más estudiada y validada para niños y jóvenes. Incluye el **entrenamiento de conciencia**, una **respuesta competitiva** incompatible con el hábito y el apoyo social. En la tabla 8.10 la TIH y la CBIT tienen nivel de evidencia 1, y la práctica negativa masiva, el manejo de contingencias y la relajación, nivel 2.

1 La terapia de relajación figura en la tabla 8.10 con nivel de evidencia 2, como uso de la relajación ante la urgencia premonitoria.

2 Es la TIH, con nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A.

3 La práctica negativa masiva tiene nivel de evidencia 2. Caballo y Simón señalan que su eficacia no es llamativa y que el 43 % de los participantes experimentaba un aumento de los síntomas.

4 El manejo de contingencias tiene nivel de evidencia 2 y en la CBIT se usa como componente coadyuvante.

TABLA 8.10. RESUMEN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA PARA LOS TRATAMIENTOS EN TICS

Técnica psicológica	
Nivel de evidencia 1	
Terapia de reversión del hábito.	El tratamiento aumenta la conciencia de los sentimientos y el contexto asociados con la necesidad de hacer tic e implementa un hábito competitivo y discreto en lugar del tic.
Intervención comprensiva conductual (C-BIT).	Combina la inversión de hábitos y otros enfoques como la educación, la conciencia a través del autocontrol, las técnicas de relajación y, a veces, los cambios situacionales.
Nivel de evidencia 2	
Exposición con prevención de respuesta (EPR).	Se expone al niño o niña a la urgencia premonitoria, se rompe la asociación entre urgencia y realización del tic y progresivamente va adaptando la respuesta y remitiendo el tic.
Practica negativa masiva.	Permite la repetición del síntoma sin restricciones, lo cual causaría una saciación y reacción de inhibición o fatiga, con la extinción final del síntoma.
Terapia cognitivo-conductual (TCC).	Interviene sobre pensamientos negativos que causan el síntoma aparte de la propia manifestación del tic.
Entrenamiento en asertividad.	Trabajar cómo afrontar de manera asertiva el tic y dar respuestas ante su aparición.
Entrenamiento en biofeedback.	Induce diferentes estados fisiológicos de respuesta simpática y relajación.
Manejo de contingencias.	Estimula los cambios a través de reforzamiento positivo y mejora del autocontrol.
Terapia de relajación.	Uso de relajación ante la urgencia premonitoria para reducir la ocurrencia del hábito.
Terapia de aceptación y compromiso (ACT).	Aceptar la ocurrencia del síntoma más que intentar eliminarlo y añadir relajación durante su ocurrencia para disminuir frecuencia.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 8, tabla 8.10, pág. 245

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, apdo. 2.1, págs. 244-246, tabla 8.10, pág. 245, y tabla 8.12, pág. 248. Caballo, V. E. y Simón, M. A.

(dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 12 (Miltenberger y Woods), apdo. 5.2, págs. 362-363.

EN EL ATLAS

Tema C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 184

94

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Cuál de las siguientes técnicas es considerada, según la evidencia disponible, un tratamiento bien establecido en el caso de las fobias infantiles:

1. El modelado participante. ✓
2. El entrenamiento en asertividad y HHSS.
3. Las imágenes emotivas.
4. La terapia basada en el juego.

El modelado participante es un tratamiento bien establecido para las fobias infantiles

Fonseca recoge la revisión de Davis y Ollendick (2005) sobre los tratamientos con apoyo empírico para las fobias específicas en niños y adolescentes. En ella, la **práctica reforzada**, el **modelado participante** y la **exposición** son tratamientos bien establecidos, mientras que la desensibilización sistemática en vivo y en imaginación y la TCC son probablemente eficaces. Fonseca añade que los tratamientos con apoyo empírico para la fobia específica son los **basados en la exposición**. En el modelado participante el terapeuta entra en la exposición, muestra cómo enfrentarse al estímulo y divide la tarea en pasos más sencillos. Revisiones posteriores consideran también bien establecido el **tratamiento de una sola sesión** de Öst.

1. Davis y Ollendick lo consideran bien establecido, junto con la práctica reforzada y la exposición.
2. El entrenamiento en asertividad y habilidades sociales no figura entre los tratamientos con apoyo empírico para la fobia específica que recoge Fonseca, todos basados en la exposición.
3. Comeche y Vallejo (2016) consideran las imágenes emotivas posiblemente eficaces porque superaron al grupo control en un único experimento, y Vallejo y Rodríguez las proponen como alternativa si surgen dificultades con la exposición en vivo.
4. La terapia basada en el juego no aparece entre los tratamientos de la revisión de Davis y Ollendick que recoge Fonseca.

Ojo. La clasificación cambia con la fuente. Vallejo y Rodríguez (2022, pág. 140) afirman que hoy la exposición gradual en vivo es el único tratamiento bien establecido para la fobia específica en la infancia y la adolescencia, y dejan el modelado como intervención alternativa. La clave se apoya en la revisión de Davis y Ollendick (2005) que recoge Fonseca y en la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003), que cita el comentario de partida y no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, apdo. 2.5, págs. 466-467. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, apdo. 5.2.2, pág. 140. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Apdo. 5.1, págs. 120-122. 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. Sin página en el comentario de partida (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

95 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes terapias fue desarrollada para la prevención de las recaídas depresivas en pacientes recuperados de uno o varios episodios graves de depresión?:

1 La terapia de aceptación y compromiso.

2 La psicoterapia analítica-funcional.

3 Sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia.

4 Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. ✓

La terapia cognitiva basada en la conciencia plena se creó para prevenir las recaídas depresivas

Segal, Williams y Teasdale (2002) diseñaron la **terapia cognitiva basada en mindfulness** (MBCT) para responder a la alta prevalencia de **recaídas** en la depresión. En vez de centrarse en modificar el contenido de los pensamientos depresivos, ayuda a los pacientes a distanciarse de ellos y a contrarrestar la tendencia a las **rumiaciones**, combinando la meditación de Kabat-Zinn con la terapia cognitiva. Vallejo y Vallejo-Slocker la describen con las palabras del enunciado, como un programa destinado a la **prevención de las recaídas depresivas** en pacientes recuperados de uno, o varios, episodios graves de depresión.

1 Vallejo y Vallejo-Slocker presentan la ACT aplicada a la depresión, que considera la depresión un estado de huida en el que la propia huida pasa a ser el problema.

2 La psicoterapia analítica funcional de Kohlenberg y Tsai (1991) se orienta a clientes con dificultades en las relaciones interpersonales y hace de la relación terapéutica el eje del proceso.

3 El CBASP de McCullough es una alternativa a la terapia cognitiva, sobre todo cuando la depresión es crónica.

4 Es la MBCT, destinada a prevenir las recaídas depresivas.

Ojo. En el estudio de Teasdale et al. (2000) la MBCT redujo casi a la mitad las recaídas en los pacientes con tres o más episodios previos, pero no hubo diferencias significativas frente al tratamiento habitual en quienes habían tenido uno o dos (Vallejo y Vallejo-Slocker, pág. 626). El enunciado copia la fórmula del manual, «uno, o varios».

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, apdo. 7.2, págs. 526-527. 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), apdos. 5.1 y 5.5.1, págs. 610 y 625-626. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, apdos. 2.1.3 y 2.2.1, págs. 173-174.

EN EL ATLAS

Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

96 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes técnicas se utiliza en la terapia cognitiva de la depresión con la finalidad de llevar a la conciencia los procesos de construcción de significados y las disposiciones subyacentes del paciente?:

1 Proyección temporal.

2 Refocalización atencional.

3 Desestructuración de sesgos.

4 Flecha descendente. ✓

La flecha descendente hace consciente cómo construye el paciente sus significados

Freeman y Oster explican que en las primeras sesiones de la terapia cognitiva de la depresión se usan técnicas específicas, como la **flecha descendente** (Burns, 1980), para llevar a la conciencia los **procesos de construcción de significados** y las **suposiciones subyacentes** de la persona. Consiste en hacer una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de un pensamiento o una experiencia: «¿Y qué significaría eso?», «Y si fuese así, ¿qué implicaría?». Díaz y Ruiz la consideran una de las técnicas más específicas para detectar las **creencias nucleares** más profundas y señalan que también se utiliza en la TREC.

1 El capítulo de Freeman y Oster no describe ninguna técnica con este nombre; para esa finalidad nombra la flecha descendente.

2 La refocalización atencional tampoco figura entre las técnicas que el capítulo propone para sacar a la luz las suposiciones del paciente.

3 El capítulo propone etiquetar las distorsiones cognitivas para indicar patrones o sesgos de interpretación; la desestructuración de sesgos no aparece como técnica.

4 Lleva a la conciencia la construcción de significados y las suposiciones subyacentes.

Ojo. El comentario de partida cita Caballo (1997); el corpus tiene la 2.ª ed. (2002), con el pasaje en la misma página.

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. 17 (Freeman y Oster, Terapia cognitiva de la depresión), pág. 559. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, pág. 414.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Caballo 2002 no es fuente de este tema. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

97 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 1

¿A qué está destinada básicamente la primera fase (las cuatro primeras sesiones) de la terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena?:

1 A aprender a prestar atención con conciencia plena a diferentes aspectos. ✓

2 A aprender a detectar los cambios del estado de ánimo.

3 A aprender a evitar la ocurrencia de pensamientos o sentimientos negativos.

4 A aprender a elegir cuál es el mejor modo de responder ante los pensamientos o sentimientos negativos.

La primera fase de la MBCT enseña a prestar atención con conciencia plena

La **MBCT** es un programa psicoeducativo de ocho sesiones, con una entrevista inicial y cuatro sesiones de seguimiento. Vallejo y Vallejo-Slocker lo dividen en dos fases. La primera, las **cuatro primeras sesiones**, está destinada a que los participantes aprendan a **prestar atención con conciencia plena**, en el momento presente y sin juzgar, a diferentes aspectos: primero el propio cuerpo, después la respiración y finalmente los pensamientos negativos. La segunda, de la quinta a la octava sesión, se centra en **detectar los cambios del estado de ánimo** y afrontarlos, aceptando primero los pensamientos o sentimientos negativos y eligiendo después el mejor modo de responder ante ellos.

1 Es la finalidad de las cuatro primeras sesiones.

2 Detectar los cambios del estado de ánimo es el objetivo de la segunda fase, de la quinta a la octava sesión.

3 El programa enseña a aceptar la ocurrencia de los pensamientos o sentimientos negativos y dejarlos estar, sin emprender estrategias para modificarlos.

4 Elegir el mejor modo de responder ante esos pensamientos o sentimientos se enseña en la segunda fase, una vez aceptados.

Ojo. Díaz y Ruiz (pág. 529) describen el contenido sesión a sesión. Las cuatro primeras se titulan «Abandonando el piloto automático», «Enfrentando los obstáculos», «Conciencia plena de la respiración» y «Permaneciendo presente», y la quinta, «Permitir dejar ser».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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), apdo. 5.5.1, págs. 625-626. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10, apdo. 7.2.1, págs. 528-529.

EN EL ATLAS

Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Vallejo Adultos no es fuente de este tema. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

98 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

Para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente bipolar podemos realizar un contrato conductual, ¿Cuál de los siguientes aspectos NO se recomienda incluir en ese contrato?:

1 La definición de los objetivos del tratamiento.

2 Las recompensas externas por la adherencia al tratamiento. ✓

3 Los factores que podrían interferir con el tratamiento.

4 Los planes para reducir los obstáculos a la adherencia.

El contrato de adherencia en el trastorno bipolar prescinde de las recompensas externas

Ramírez-Basco y Thase plantean la **TCC** del trastorno bipolar con el objetivo de optimizar la **adherencia** a la medicación durante todo el tratamiento. Usan un **contrato conductual** con tres partes: una clara definición de los objetivos del tratamiento (dosis, citas y tareas para casa), la identificación de los factores que podrían interferir y los planes para evitar o superar esos obstáculos. A diferencia del contrato tradicional, habitualmente no se proporciona una **recompensa externa**, porque el paciente debe asumir la responsabilidad completa de su adherencia. Las recompensas externas, convenientes en intervenciones breves como la pérdida de peso, no mantendrían los cambios necesarios en un tratamiento profiláctico y prolongado.

1 La clara definición de los objetivos del tratamiento es la primera parte del contrato.

2 Es lo que no se recomienda, porque las consecuencias y las recompensas de la adherencia deben ser internas.

3 Identificar los factores que podrían interferir, internos o externos, es la segunda parte del contrato.

4 Los planes para evitar o superar los obstáculos ocupan la última sección del contrato.

Ojo. El comentario de partida cita Caballo (1997); el corpus tiene la 2.ª ed. (2002), con el pasaje en la misma página. La Base del tema C15 (Fonseca Adultos, cap. 10) trata la mejora de la adherencia como objetivo de las intervenciones psicológicas, sin describir este contrato.

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. 18 (Ramírez-Basco y Thase, Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares), apdo. IV.6, págs. 591-594.

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

99 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

Una técnica de gran relevancia en adicciones para motivar al paciente a realizar el tratamiento es:

1 La motivación catártica.

2 El control estimular.

3 La entrevista motivacional. ✓

4 La intención paradójica.

La entrevista motivacional aborda la falta de motivación para el cambio en las adicciones

Becoña Iglesias recuerda que en los últimos años se ha ido generalizando la **entrevista motivacional** de Miller y Rollnick, porque la **motivación para el cambio** es un aspecto fundamental desde el primer momento en que el cliente entra en consulta. Muchas personas dependientes del alcohol no reconocen el problema y, sin motivación, abandonan o no acuden a la siguiente sesión. La entrevista motivacional aborda esa falta de motivación en las fases de **precontemplación** o contemplación. Penadés la incluye entre las técnicas eficaces de su propuesta de tratamiento transversal para las adicciones y la describe como una manera de comunicarse que se usa siempre que haga falta **incrementar la motivación**.

1 La «motivación catártica» no aparece como técnica en los capítulos de adicciones consultados.

2 En el tratamiento del alcoholismo el control de estímulos sirve para manejar el consumo, eliminando los estímulos ambientales asociados al mal uso del alcohol.

3 Es la técnica que aborda la falta de motivación para el cambio.

4 Los capítulos de adicciones consultados no recogen la intención paradójica entre sus técnicas motivacionales.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 17, págs. 508-509) sitúa la entrevista motivacional entre las intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada para el tabaquismo, aunque considera adecuada su integración en otros tratamientos para reducir la ambivalencia y favorecer el compromiso con el cambio.

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), apdo. 4.2, pág. 23. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, págs. 630-632. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, apdo. 2.1.2, págs. 508-509. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Becoña Iglesias, Alcoholismo), págs. 126 y 138.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Vallejo Adultos (Consulta).

100

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias | Anulada

Anulada

Uno de los elementos que caracteriza el "efecto de la abstinencia" en adicciones es:

1. Consumir sin control cuando se recae.
2. La disonancia cognitiva.
3. El estado de cambio de acción.
4. Dejar de acudir a tratamiento.

El efecto de violación de la abstinencia une disonancia cognitiva y atribución personal, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El enunciado habla de «efecto de la abstinencia», mientras que el término de Marlatt es **efecto de violación de la abstinencia** (EVA), con el que explica por qué un consumo inicial tras un periodo de abstinencia acaba en la continuación de la conducta. Becoña Iglesias lo caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos: un efecto de **disonancia cognitiva**, porque la conducta adictiva choca con la definición de uno mismo como abstinente, y un efecto de **atribución personal**, por el que la persona se culpa de la recaída. Esa atribución deja a la persona predispuesta a nuevas recaídas y a una **pérdida de control** total.

1. Becoña Iglesias señala que la atribución personal del EVA predispone a nuevas recaídas y a acabar en una pérdida de control total.
2. La disonancia cognitiva es uno de los dos elementos del EVA según Marlatt (1993).
3. La fase de acción no forma parte de la descripción del EVA en los capítulos consultados.
4. Dejar de acudir al tratamiento no figura entre los elementos del EVA.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional. Penadés (pág. 645) define también el EVA por la disonancia cognitiva y una atribución de la causa del consumo, y añade que la que favorece la recaída es la atribución global, interna y estable.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Becoña Iglesias, Alcoholismo), pág. 146. 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 y 645.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Penadés (Ampliación).

101

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

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

1 Entrenamiento en autocontrol.

2 Programa de prevención de recaídas.

3 Entrenamiento en habilidades sociales.

4 Programa de reforzamiento comunitario. ✓

El reforzamiento comunitario manipula las contingencias naturales que mantienen la adicción

El programa de **reforzamiento comunitario** (CRA) es un programa de entrenamiento en habilidades creado por Hunt y Azrin (1973) para el alcoholismo y adaptado después a la cocaína por Budney y Higgins (1998). Busca el cambio terapéutico manipulando las **contingencias naturales** que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la adicción y utilizando **reforzadores naturales**, familiares, recreativos y vocacionales. Sus componentes varían según las necesidades del paciente y se combina a menudo con el **manejo de contingencias**. Fonseca lo describe como una terapia que reorganiza el estilo de vida y favorece conductas incompatibles con el consumo, con un extenso soporte empírico.

1. El entrenamiento en autocontrol conductual del alcoholismo se basa en la autoobservación, la planificación de objetivos y el manejo del propio consumo.
2. La prevención de recaídas enseña a reconocer las situaciones de riesgo para evitarlas o afrontarlas cuando no pueden evitarse.
3. El entrenamiento en habilidades, incluidas las sociales, busca que el paciente afronte con más eficacia las situaciones de riesgo detectadas en el análisis funcional.
4. Es el CRA, que se apoya en los reforzadores naturales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Secades Villa, González-Roz y Fernández Hermida, Adicciones a sustancias ilegales), págs. 75 y 98. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, pág. 512. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Becoña Iglesias), págs. 126-127, y cap. 3 (Secades Villa, García Rodríguez y Fernández Hermida), págs. 191-192.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Consulta).

102 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 4

Se han desarrollado tratamientos eficaces basados en el "mecanismo de ejecución conductual" para:

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

El mecanismo de ejecución conductual llevó a McConaghy a tratar el juego patológico con desensibilización

Según la propuesta de McConaghy y colaboradores (1988), cuando una conducta se vuelve habitual el sistema nervioso construye una estructura que va desde el estímulo que la inicia hasta su ejecución final. Si ante esos estímulos la conducta no se inicia o no se completa, este **mecanismo de ejecución conductual** provoca un incremento de la **activación**, percibida como una tensión desagradable que fuerza a jugar. Labrador explica que, apoyándose en esta hipótesis, el grupo de McConaghy utilizó la **desensibilización sistemática imaginaria** en el **juego patológico**, con un 66,6 % de mejoría a los cinco años, aunque con abandonos que en algunos casos llegaban casi al 50 %.

1. El mecanismo se formuló para explicar el juego compulsivo de los jugadores patológicos.
2. Los tratamientos basados en este mecanismo que recoge Labrador se refieren al juego patológico.
3. Tampoco se ha aplicado al TDAH en los manuales consultados.
4. Es el juego patológico, tratado con desensibilización sistemática imaginaria.

Ojo. La 4.ª ed. del manual (Vallejo y Vallejo-Slocker, 2023, vol. II, cap. 3, de Labrador y Labrador) no recoge este mecanismo en el índice de factores y modelos explicativos, por lo que se cita la 2.ª ed. (2012). Caballo (2024, pág. 589) lo menciona entre los modelos explicativos del juego, y Belloch (2008, pág. 441) lo integra en la explicación del mantenimiento del juego.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 4 (Labrador, Juego patológico), apdo. 3.5, pág. 247, y pág. 273. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 441. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 18, pág. 589. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 18, tabla 18.4, pág. 536.

EN EL ATLAS

Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con II (Base).

103 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 1

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

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

La estrategia paramétrica ajusta la cuantía de los ingredientes hasta lograr la máxima eficacia

Feixas y Miró describen tres estrategias para estudiar los **ingredientes activos** de un paquete de tratamiento. **Desmantelar el tratamiento** consiste en aplicar todos los componentes en una condición experimental y eliminar en la otra el que se quiere investigar. **Construir el tratamiento** sigue el camino inverso: se parte de unos ingredientes y se añaden componentes verificando su eficacia diferencial. El **tratamiento paramétrico** es una variante que altera aspectos específicos de la administración del tratamiento hasta conseguir la máxima eficacia; los ingredientes no varían, lo que varía es su **cuantía**, algo útil en técnicas que admiten variaciones de intensidad.

1. Es la estrategia que modifica la cuantía de los ingredientes manteniendo los mismos ingredientes.
2. Construir el tratamiento añade componentes a un paquete de partida y verifica si mejoran los resultados.
3. El tratamiento placebo no figura entre las estrategias para estudiar los ingredientes activos que describen Feixas y Miró.
4. Desmantelar el tratamiento elimina en una condición el componente que se quiere investigar para precisar su contribución.

> **Ojo.** El comentario de partida cita Feixas y Miró (2010); el corpus tiene la edición de 1993, con la misma paginación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4 (La aproximación metodológica), pág. 300. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 33, apdo. 2.3.2, pág. 532.

EN EL ATLAS

Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Feixas y Miró no es fuente de este tema.

104

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

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

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

Una explicación racional del problema y de su tratamiento es un factor común de la psicoterapia

Jerome Frank, en *Persuasión y curación* (1961), formuló los **factores comunes** a partir de las semejanzas entre la psicoterapia, los efectos placebo, el lavado de cerebro y la curación por la fe. Feixas y Miró recogen sus seis factores no específicos, entre ellos **una explicación racional** que da cuenta de los problemas del cliente y de los métodos de tratamiento para su solución. Esa explicación reduce el sufrimiento de quien llega desconcertado; su contenido importa menos que la **confianza** del terapeuta en lo que dice y la **aceptación** por parte del cliente. Fonseca resume el modelo de Frank y Frank (1991) en cuatro factores, uno de ellos un **marco conceptual explicativo** que da credibilidad al tratamiento.

1. Frank la cuenta entre los elementos comunes a las distintas psicoterapias y a otras prácticas curativas.
2. Los manuales la presentan como un elemento de cualquier psicoterapia, sin atribuirla en particular a los terapeutas sistémicos.
3. Es uno de los factores comunes de Frank.
4. Frank la describe como parte de toda psicoterapia, sin ligarla a la resistencia del cliente.

FACTORES NO ESPECÍFICOS COMUNES A TODAS LAS PSICOTERAPIAS SEGÚN FRANK (1961)

N.º	Factor
1	Una relación de confianza de cierta carga emotiva con el profesional de ayuda.
2	Una explicación racional que da cuenta de los problemas del cliente y de los métodos de tratamiento para su solución.
3	El proporcionar nueva información acerca del origen y la naturaleza de los problemas del cliente y de las formas de tratarlo.
4	La esperanza del cliente de encontrar ayuda en el terapeuta.
5	Una oportunidad para tener experiencias de éxito en el curso de la terapia y en consecuencia, fortalecer la sensación de dominio.
6	La facilitación de la activación emocional.

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 5, págs. 376-378

Ojo. Rojí y Saúl (cap. 12, apdo. 2) y Fonseca (pág. 73) describen cuatro factores de Frank: la relación, el escenario o contexto de curación, el mito o marco explicativo y el ritual o procedimiento. Feixas y Miró enumeran seis. En las dos versiones la explicación de los problemas es un factor común.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 5 (El reto de la integración), págs. 376-378. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 73. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 12, apdo. 2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación) y Rojí y Saúl (Consulta).

Respuesta correcta: 3

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

1 La escuela interaccional del Mental Research Institute (MRI).

2 La escuela estratégica.

3 El equipo de Milán liderado por M. Selvini-Palazzoli. ✓

4 La escuela estructural.

La escuela de Milán recoge datos con la ficha telefónica para formular una hipótesis circular

La **escuela de Milán**, fundada a finales de los años sesenta por Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, definió con claridad el encuadre sistémico: **ficha telefónica**, convocatoria de los miembros de la familia, pausa en la sesión para la reunión del equipo y mensaje de devolución. El equipo planea la entrevista inicial con una primera **hipótesis circular** basada en los datos de la ficha telefónica y la contrasta y revisa durante la entrevista y en la reunión posterior. Feixas y Miró añaden que esa hipótesis recoge la **función** que cumple el síntoma del paciente identificado para cada miembro de la familia.

1 Los manuales atribuyen la ficha telefónica y la hipótesis circular inicial al equipo de Milán.

2 Tampoco es una aportación de la escuela estratégica en los manuales consultados.

3 Es el equipo de Milán de Selvini-Palazzoli.

4 Los manuales no atribuyen este procedimiento a la escuela estructural.

> **Ojo.** El comentario de partida cita Feixas y Miró (2010); el corpus tiene la edición de 1993, con la misma paginación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 9, apdo. 5 (edición digital sin paginar).
Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3 (La aproximación teórica), pág. 269.

EN EL ATLAS

Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Rojí y Saúl (Base).

106

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es, según el psicoanálisis, el mecanismo de defensa consistente en sustituir el verdadero deseo de la persona que provoca ansiedad por otro que no la provoque?:

1 Proyección.

2 Racionalización.

3 Represión.

4 Desplazamiento. ✓

El desplazamiento sustituye el deseo que provoca ansiedad por otro que no la provoca

Feixas y Miró recogen en su tabla 10 los principales **mecanismos de defensa** descritos por el psicoanálisis, adaptados de Anna Freud por Rychlak (1981). El **desplazamiento** consiste en sustituir el verdadero deseo de la persona que provoca ansiedad por otro que no provoca ansiedad, y es especialmente frecuente en los **sueños**. La **represión** impide que los pensamientos que producen ansiedad entren en la conciencia y es el mecanismo más básico. La **proyección** atribuye a otra persona características propias no reconocidas que provocan ansiedad, y la **racionalización** justifica racionalmente pensamientos o conductas que producen ansiedad o que tienen una motivación totalmente distinta.

1. La proyección atribuye a otra persona características propias no reconocidas que provocan ansiedad.
2. La racionalización justifica racionalmente pensamientos o conductas que producen ansiedad o que tienen una motivación distinta.
3. La represión impide que los pensamientos que producen ansiedad entren en la conciencia.
4. Es la definición del desplazamiento.

Ojo. Rodríguez Morejón (Base del tema F4, cap. 3, pág. 74) define el desplazamiento de otro modo, como separar el afecto de la persona u objeto que lo genera y trasladarlo a un objeto diferente. La definición del enunciado es literal de Feixas y Miró; el comentario de partida cita su edición de 2010 y el corpus tiene la de 1993, con la misma paginación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3 (La aproximación teórica), tabla 10, págs. 106-107. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 3, pág. 74.

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

107 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 2

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

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

El tamaño del efecto divide la diferencia de medias por una desviación típica

En el **metaanálisis** el conjunto de estudios se trata como una población y cada estudio como un sujeto. Feixas y Miró explican que la variable dependiente más utilizada es el **tamaño del efecto**, 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**. Cuando se comparan **dos tratamientos**, la diferencia entre grupos se divide por la **desviación típica conjunta**. Esta métrica común permite cuantificar la magnitud de la diferencia; por ejemplo, un tamaño del efecto de 1,0 implica que el 84,1 % de los sujetos ha mejorado más en función del tratamiento empleado.

1. El metaanálisis es el procedimiento que combina los estudios, y su variable dependiente más utilizada es el tamaño del efecto.
2. Es el tamaño del efecto calculado con la desviación típica conjunta.
3. Para hablar de recuperación Gimeno usa el cambio clínicamente significativo, el paso de una puntuación del rango clínico a la normalidad.
4. El índice de cambio fiable es una fórmula aplicable a los cuestionarios que permite concluir que la diferencia entre dos puntuaciones es mayor que la esperada por azar.

Ojo. El comentario de partida cita Feixas y Miró (2010); el corpus tiene la edición de 1993, con la misma paginación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4 (La aproximación metodológica), pág. 307. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 1, págs. 33-34.

EN EL ATLAS

Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Gimeno (Base).

Respuesta correcta: 4

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

1 Búsqueda de alternativas.

2 Técnica de re-atribución.

3 Análisis de costes y beneficios.

4 Técnica de rol fijo. ✓

En la técnica de rol fijo el cliente ensaya durante dos semanas un nuevo papel escrito a partir de su autocaracterización

La **técnica de rol fijo** es un procedimiento complejo diseñado por **Kelly** (1955). El cliente escribe una descripción de sí mismo, la **autocaracterización**, y el terapeuta la reescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Después, con la debida preparación y entrenamiento, el cliente ejecuta ese nuevo rol en su vida cotidiana durante **dos semanas**, y la nueva perspectiva adquirida le permite, con ayuda del terapeuta, reestructurar algunos de sus viejos **esquemas supraordenados**. Rodríguez Morejón señala que el modelo de los constructos personales aporta pocas técnicas propias para modificar constructos, con la excepción del rol fijo.

1 La búsqueda de soluciones alternativas anima al cliente a inventar soluciones suspendiendo el juicio crítico, como en la tormenta de ideas.

2 Las técnicas de reatribución analizan sobre el papel las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de los acontecimientos.

3 El análisis de costes y beneficios recoge en una hoja las ventajas y desventajas de mantener un pensamiento, una creencia o una conducta.

4 Es la técnica de rol fijo.

Ojo. El comentario de partida cita Feixas y Miró (2010); el corpus tiene la edición de 1993, con la misma paginación.

Para fijarlo. Rol fijo: durante dos semanas el cliente vive como el personaje que el terapeuta reescribió a partir de su autorretrato.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3 (La aproximación teórica), págs. 233-234. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 326-327.

EN EL ATLAS: Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

109 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia

Respuesta correcta: 1

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

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

Los estudios de efectividad comprueban si un tratamiento funciona en la práctica clínica real

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces distingue dos perspectivas. Los **estudios de eficacia** comprueban si un tratamiento produce cambios superiores a la no intervención, al placebo o a otros tratamientos, con grupos homogéneos, **asignación aleatoria**, manuales y terapeutas expertos, y alcanzan una elevada **validez interna**. Los **estudios de efectividad** pretenden determinar si los tratamientos producen efectos mensurables en amplias poblaciones de pacientes en el ambiente clínico real, con sujetos que no son voluntarios, pagan el tratamiento y pueden elegirlo. Fonseca define la efectividad como la utilidad de la intervención en el contexto clínico habitual y la relaciona con la **validez externa**.

1. Es la definición de los estudios de efectividad.
2. La máxima validez interna es la meta de los estudios de eficacia; la efectividad tiene que ver con la validez externa.
3. Los estudios de eficacia se hacen en condiciones controladas que no se dan en los sitios clínicos habituales.
4. La asignación aleatoria es un rasgo crítico de los estudios de eficacia.

Ojo. El enunciado reproduce la definición de la Guía (2003). El comentario de partida la cita por la pág. 27, que no puede comprobarse porque la edición del corpus es digital y no tiene paginación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 1, apdo. 2.3, págs. 37-38. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Capítulo introductorio (El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos), apdo. 4.3 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

110 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Respuesta correcta: 1

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

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

La ansiedad del yo nace de creencias de incompetencia o descalificación personal

Para Ellis, cuando fallan las **demandas absolutistas** aparecen dos tipos de perturbación. La **ansiedad del yo** es un malestar emocional intenso, a menudo con depresión, vergüenza, culpa o incapacidad, que surge cuando la persona siente amenazada su **valía personal**, cree que debe hacer bien cualquier cosa o ser aprobada y vive como terrible no lograrlo. La **ansiedad perturbadora** aparece cuando se considera amenazada la vida o el bienestar, se cree que hay que conseguir lo que se desea y se juzgan terribles las situaciones desagradables; implica una **baja tolerancia a la frustración**. Díaz y Ruiz asocian la primera a creencias de incompetencia o descalificación personal.

1. Es la ansiedad del yo, asociada a creencias de incompetencia o descalificación personal.
2. Considerar que se debe o se tiene que conseguir lo que se desea es una de las condiciones de la ansiedad perturbadora.
3. Considerar amenazada la vida o el bienestar caracteriza la ansiedad perturbadora; en la ansiedad del yo lo amenazado es el yo o la valía personal.
4. Juzgar terribles las situaciones desagradables y no aceptar el malestar es propio de la ansiedad perturbadora, que implica una baja tolerancia a la frustración.

> **Trampa.** Las tres condiciones de cada tipo de ansiedad tienen la misma forma; lo que las separa es si está en juego la valía personal o el bienestar.

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. 7, apdo. 3.5, págs. 346-347.

EN EL ATLAS: Tema F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

111

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas

Respuesta correcta: 4

Durante el entrenamiento en solución de problemas propio de la Terapia de Solución de Problemas, el principio de "aplazamiento del juicio" está indicado en la fase de:

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

El aplazamiento del juicio rige la generación de alternativas de solución

La **terapia de solución de problemas** de D'Zurilla y Nezu distingue la orientación hacia el problema y, dentro del estilo racional, la definición y formulación del problema, la **generación de alternativas** de solución, la toma de decisiones y la implementación y verificación de la solución. Al generar alternativas rigen los principios de **cantidad** y **diversidad** y el de **aplazamiento del juicio**: mientras se generan alternativas no es momento de valorar su adecuación o viabilidad, porque esa crítica puede mermar la creatividad e impedir soluciones que, aunque parezcan disparatadas, aporten elementos útiles. La valoración se hace en la **toma de decisiones**.

1. La orientación hacia el problema, positiva o negativa, recoge las creencias y valoraciones con que la persona afronta los problemas.
2. En la toma de decisiones se valoran las alternativas, anticipando sus consecuencias positivas y negativas.
3. La puesta en práctica corresponde a la implementación de la solución, con su autoobservación y autoevaluación.
4. Es la fase de generación de alternativas.

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, págs. 464-465 y 474-475.

EN EL ATLAS

Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

112

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 1

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

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

El gradiente de exposición no parece afectar a la eficacia de la técnica

El **gradiente de exposición** es el hecho de que los estímulos temidos se presenten de forma gradual o se empiece por la situación más ansiógena, la **inundación**. Díaz y Ruiz señalan que no parece afectar a la **eficacia** de la técnica y que el ritmo dependerá del paciente: la inundación es más rápida y la gradual más lenta. Aun así, aconsejan, siempre que sea posible, una **exposición gradual**, porque conlleva menos malestar, aumenta la motivación y reduce la probabilidad de abandono. Distinto es el espaciamiento entre sesiones: la **exposición masiva** produce mejores resultados que la espaciada.

1. No afecta a la eficacia y el ritmo dependerá del paciente.
2. Díaz y Ruiz aconsejan la exposición gradual por el menor malestar y el menor riesgo de abandono, sin atribuirle más eficacia.
3. La exposición simbólica es útil como fase inicial, pero sus efectos sobre la evitación y el escape son menos evidentes que los de la exposición en vivo.
4. La ventaja de la exposición masiva se refiere a la frecuencia de las sesiones, un parámetro distinto del gradiente.

Trampa. La opción 4 mezcla dos parámetros de la exposición: el gradiente (gradual o inundación) y la frecuencia de las sesiones (masiva o espaciada).

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, apdo. 3.2, pág. 216; apdo. 4, págs. 219-220; apdo. 5.1, págs. 225-226.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

113

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 2

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

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

La exposición con prevención de respuesta es una de las técnicas más útiles en el TOC

Díaz y Ruiz consideran el tratamiento psicológico del **TOC** uno de los grandes éxitos de la salud mental y señalan que la **exposición con prevención de respuesta** es actualmente una de las técnicas más útiles para tratarlo. El TOC se caracteriza por pensamientos o imágenes obsesivas que provocan mucha ansiedad y por **compulsiones**, rituales conductuales o cognitivos con los que el paciente intenta escapar de las consecuencias temidas y que tienen una función ansiolítica temporal. Fonseca recuerda que, desde el trabajo pionero de Meyer (1966), la EPR se ha caracterizado como el **tratamiento de elección** del TOC.

1. Para la ansiedad social Díaz y Ruiz describen la exposición en vivo o simulada a las situaciones sociales temidas.
2. Es el TOC.
3. En las fobias específicas la opción más eficaz es la exposición en vivo al estímulo temido.
4. En la bulimia nerviosa la primera línea de tratamiento psicológico es la TCC.

Ojo. Fonseca menciona la EPR también en los trastornos alimentarios, para trabajar la imagen corporal en escenarios como verse en el espejo (pág. 494). La afirmación literal del enunciado se refiere al TOC.

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, apdo. 6.4, pág. 238, y págs. 229 y 243. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 394-395, y cap. 16, págs. 490 y 494.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

114 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Anulada

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

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

La pregunta repetía otra de la misma convocatoria y se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta porque, según el comentario de partida, era idéntica a la 19 de esta misma convocatoria, cuya clave fue la 2. Su contenido procede del modelo de **Depue** (1996) que recoge Sánchez-Elvira. La base neurobiológica de la motivación de incentivo y de la dimensión de **extraversión/emocionalidad positiva** está formada por dos **sistemas ascendentes dopaminérgicos**. El sistema **mesolímbico** proyecta hacia estructuras límbicas como la amígdala y el hipocampo, y el **mesocortical** hacia la corteza cerebral, donde modula la flexibilidad conductual y la conducta de aproximación.

1. Depue sitúa la base de la motivación de incentivo en dos sistemas dopaminérgicos ascendentes.
2. Es la respuesta que se dio por correcta en la pregunta 19: las neuronas dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical.
3. Las neuronas adrenérgicas del bulbo no forman parte de los sistemas que Depue liga a la motivación de incentivo.
4. Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal tampoco forman parte de esos sistemas.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional. La pregunta 19 de 2015 tiene el mismo enunciado y las mismas opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.8, pág. 361.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Se estudia con Sánchez-Elvira (Ampliación).

115

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 3

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

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

La realidad virtual es una forma de exposición simbólica

Díaz y Ruiz clasifican la exposición según cómo se presenta el estímulo temido. En la **exposición simbólica** el contacto no es real, sino a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (dibujos, fotografías, películas), estímulos físicos auditivos o **programas informáticos de generación de realidad virtual**. Por eso consideran la exposición mediante **realidad virtual** un tipo de exposición simbólica, que trabaja con representaciones de la realidad y no con la realidad misma. La **exposición simulada**, en cambio, es una variante de la exposición en vivo en la que varias personas representan la situación temida en ensayos conductuales.

1. La ayuda o el apoyo para presentar el estímulo temido es otro parámetro de la exposición, distinto de la forma de presentarlo.
2. La exposición simulada es una variante de la exposición en vivo con ensayos conductuales en los que participan varias personas.
3. Es la exposición simbólica.
4. La desensibilización sistemática también usa la imaginación, pero añade un medio de supresión de la activación, como la relajación.

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, apdo. 3, págs. 213, 215 y 217.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

116

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas

Respuesta correcta: 3

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

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

La reversión del hábito es la técnica indicada en la tricotilomanía

El **entrenamiento en reversión del hábito** (ERH) es un procedimiento multicomponente creado por Azrin y Nunn (1973) para los hábitos nerviosos y los tics. Díaz y Ruiz explican que antes la técnica de elección era la **práctica masiva**, repetir la conducta hasta la fatiga o la inhibición reactiva, pero la inconsistencia de sus resultados la relegó en favor de la reversión de hábitos. El ERH incluye la revisión de la inconveniencia del hábito, el **entrenamiento en conciencia**, una **respuesta que compita** con el hábito, el apoyo social y la generalización. Está dirigido específicamente al síndrome de Tourette, a todo tipo de tics y a la **tricotilomanía**.

1. La práctica masiva fue la técnica de elección para tics y hábitos nerviosos, pero se relegó por la inconsistencia de sus resultados.
2. La EPR es una de las técnicas más útiles para el TOC; para la tricotilomanía el manual indica el ERH.
3. Es el ERH.
4. La intención paradójica figura en el capítulo entre las técnicas procedentes de otras tradiciones; la dirigida a la tricotilomanía es el ERH.

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, apdo. 2, págs. 610-613, y cap. 4, pág. 238.

EN EL ATLAS

Tema F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 184

117

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 2

En Terapia Cognitiva las creencias que tienen que ver con actitudes, reglas y supuestos que se formulan en términos proposicionales del tipo "si...entonces" se denominan:

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

Las creencias intermedias se formulan como reglas del tipo «si... entonces»

En la organización cognitiva del modelo de Beck que describen Díaz y Ruiz, los **esquemas** incluyen creencias de distintos niveles de profundidad. Las **creencias nucleares** son su sustrato más profundo: concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Las **creencias intermedias** son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo «si... entonces», y en su desarrollo juegan un papel importante las creencias nucleares. Completan el modelo los procesos cognitivos, cuyos sesgos Beck llama distorsiones, y los productos cognitivos, que denomina **pensamientos automáticos**.

1. Las creencias nucleares son concepciones globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo.
2. Son las creencias intermedias.
3. Los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las acciones.
4. Los pensamientos automáticos son productos cognitivos, pensamientos e imágenes que resultan de la interacción entre la información del medio, los esquemas y los procesos 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, apdo. 2.1, págs. 389-390.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

118

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 4

Las descalificaciones e insultos verbales pueden ser un ejemplo de:

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

Los insultos son estímulos aversivos condicionados porque adquieren ese carácter por asociación

En el **castigo positivo** se presenta un estímulo aversivo tras la conducta para reducir su frecuencia. Díaz y Ruiz distinguen dos tipos de estímulos negativos. Los **estímulos aversivos primarios o incondicionados** tienen un carácter aversivo que suele ser universal, como el dolor físico, los ruidos fuertes o los productos que provocan reacciones físicas desagradables. Los **estímulos aversivos secundarios o condicionados** han adquirido ese carácter por la **asociación** con otros estímulos aversivos; los gestos, las descalificaciones e insultos verbales o las acciones que provocan vergüenza son ejemplos. El grado de malestar que provocan depende mucho de cada individuo.

1. Los estímulos aversivos primarios tienen un carácter aversivo que suele ser universal, como el dolor físico; los insultos lo adquieren por asociación.
2. «Estímulos disuasorios» no es una de las dos categorías de estímulos negativos que distingue el manual.
3. Los incondicionados son los mismos estímulos primarios, como los ruidos fuertes.
4. Es un ejemplo de estímulo aversivo condicionado.

Trampa. Las opciones 1 y 3 nombran la misma categoría con dos términos, primarios e incondicionados.

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, apdo. 5.3.1, pág. 182.

EN EL ATLAS: Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

119

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

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

1 La terapia cognitiva basada en los esquemas.

2 La terapia centrada en el cliente.

3 La terapia interpersonal.

4 La terapia de conducta. ✓

Entre las opciones, la terapia de conducta es la de mayor evidencia en el TP límite según la Guía de 2003

Quiroga y Errasti, en la Guía de tratamientos psicológicos eficaces (2003), concluyen que ningún tratamiento es probablemente eficaz para los trastornos de la personalidad en conjunto, pero sí dos para el **TP límite**: la **terapia cognitivo-conductual dialéctica** y la **terapia de conducta**. La dialéctica es la mejor estudiada. La tradición más ortodoxa de la terapia de conducta también podría considerarse **probablemente eficaz**, porque cuenta con buenos diseños de caso único que modifican conductas problemáticas como las autolesiones o el comportamiento suicida, aunque no el trastorno en sí. Como la terapia dialéctica no está entre las opciones, la respuesta es la terapia de conducta.

1. La Guía de 2003 solo consideraba probablemente eficaces para el TP límite la terapia dialéctica y la terapia de conducta; Fonseca (2021) da hoy a la terapia basada en esquemas un grado de recomendación B.
2. La terapia centrada en el cliente no figura entre los tratamientos con eficacia para el TP límite en la Guía ni en la tabla 19.8 de Fonseca.
3. La terapia interpersonal tampoco aparece entre ellos.
4. Con la terapia dialéctica, es uno de los dos tratamientos probablemente eficaces para el TP límite según la Guía.

TABLA 19.8. NIVELES DE RECOMENDACIÓN DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TTPP

Tratamiento	Autor/es de referencia	Trastorno de personalidad	Grado de recomendación
Terapia dialéctica conductual.	Linehan (1993).	Trastorno límite de la personalidad.	A
Terapia basada en la mentalización.	Bateman y Fonagy (2004).	Trastorno límite de la personalidad.	A
Terapia basada en esquemas.	Young (1990).	Trastorno límite de la personalidad.	B
		Clúster C	C
Psicoterapia centrada en la transferencia.	Clarkin, Yeomans y Kernberg (1999).	Trastorno límite de la personalidad.	B

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 19, tabla 19.8, pág. 563

Ojo. Con la evidencia actual la respuesta cambia. Fonseca (pág. 563, tabla 19.8) da grado A a la terapia dialéctica conductual y a la basada en la mentalización y grado B a la terapia basada en esquemas y a la psicoterapia centrada en la transferencia, y la terapia de conducta no figura entre las terapias especializadas. Con ese manual, la opción 1 tendría más apoyo que la clave, que se sostiene con 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. 16 (Quiroga y Errasti, Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad), apdo. 2 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdo. 3, tabla 19.8, pág. 563.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

---

120 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

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

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

La terapia dialéctica mejora sobre todo las conductas autolíticas y suicidas del TP límite

Según Quiroga y Errasti, la **terapia cognitivo-conductual dialéctica** de Linehan es el tratamiento mejor estudiado del **TP límite** y ofrece mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico habitual en conductas problemáticas como el **suicidio** y las **conductas autolíticas**. Sin embargo, los cambios conductuales que obtiene no afectan a las conductas más definitorias del propio trastorno, los síntomas típicos recogidos en los sistemas de clasificación, sino a comportamientos extremos que no son los más representativos del problema. Por eso, y porque todos los estudios proceden del grupo de Linehan, la Guía la considera solo de **eficacia probable**.

1. Según la Guía, los cambios de la terapia dialéctica no alcanzan a las conductas más definitorias del TP límite, los síntomas típicos de los sistemas de clasificación.
2. Son los comportamientos en los que la Guía sitúa sus logros.
3. La Guía no cuenta los episodios de ira entre los resultados de la terapia dialéctica.
4. Tampoco recoge cambios en la alteración de la identidad.

Ojo. Fonseca (2021, pág. 563) es más optimista. Según él, la terapia dialéctica conductual y la basada en la mentalización provocan mejorías en las conductas más características del TP límite, en el funcionamiento social, los síntomas depresivos, la ideación suicida y las conductas autolíticas. Con ese manual, las opciones 1 y 4 también tendrían apoyo; la clave se sostiene con 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. 16 (Quiroga y Errasti), apdo. 2 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdo. 3, pág. 563.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

121

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 2

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

1 Un año.

2 Dos años. ✓

3 Cuatro años.

4 Indefinidamente.

Tras un primer episodio psicótico el antipsicótico se mantiene al menos dos años

La **Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente** (2009) recomienda, con grado B, que la medicación antipsicótica de un **primer episodio de psicosis** se mantenga durante un **mínimo de dos años** después de la primera recuperación de los síntomas. Recomienda también mantener la farmacoterapia para la **prevención de recaídas** en las fases estable y de estabilización. Penadés recoge el mismo plazo como ejemplo de la duración prolongada que pueden requerir los **tratamientos farmacológicos** en los trastornos mentales graves, junto con los dos años de tratamiento tras un episodio maníaco en el trastorno bipolar.

1 Un año queda por debajo del mínimo de dos años que recogen la Guía y Penadés.

2 Es el mínimo recomendado tras la primera recuperación de los síntomas.

3 Cuatro años supera el mínimo que fija la recomendación.

4 La recomendación fija un mínimo de dos años tras la primera recuperación.

Ojo. La Guía de 2009 no está en el corpus del Atlas; se ha consultado una copia en C:\Drive (págs. 20 y 73). El comentario de partida advierte que el plazo varía de uno a dos años según el manual; en el corpus solo aparece el de dos años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo; Fòrum de Salut Mental; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Págs. 20 y 73 (no está en el corpus). Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 29 (Tratamientos farmacológicos), pág. 712.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Penadés (Ampliación).

122

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L1 · El método científico y las estrategias de investigación

Respuesta correcta: 1

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

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

La sección de resultados presenta los datos resumidos y los análisis estadísticos

Quintanilla et al. describen la sección de **Resultados** como la tercera más importante del informe, tras la Introducción y el Método, y la que responde a qué se encontró, incluidos los detalles de cómo se analizaron los datos. Muestra los **datos resumidos**, porque los **datos en bruto** no se incluyen en el informe, aunque pueden solicitarse al autor por correspondencia privada. Para ello recurre a la estadística descriptiva y a la de contraste o inferencial. En esta sección no se interpretan los resultados en términos teóricos; conectarlos con las hipótesis corresponde a la **Discusión**, y describir cómo se hizo el estudio para que pueda replicarse, al **Método**.

1. Es el contenido de la sección de resultados.
2. Los datos en bruto no se incluyen en el informe, aunque pueden solicitarse al autor.
3. Relacionar los resultados con las hipótesis y con otras investigaciones corresponde a la Discusión.
4. Describir cómo se realizó la investigación para que otros puedan replicarla corresponde al Método.

Ojo. El comentario de partida cita Fontes de Gracia et al. (2013), pág. 431. El corpus tiene la edición de 2010 (apdo. 12.4.5) y la vigente de Quintanilla et al. (2020), sin paginación impresa, con el mismo texto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 11, apdos. 11.4.4-11.4.6 (sin paginación impresa). Fontes de Gracia, S. et al. (2010). Fundamentos de investigación en psicología. UNED. Tema 12, apdo. 12.4.5.

EN EL ATLAS

Tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación. Se estudia con Quintanilla (Base).

123

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

1. La intervención familiar.
2. La psicoterapia psicodinámica.
3. La rehabilitación cognitiva.
4. La terapia cognitivo-conductual. ✓

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de elección para los síntomas positivos

Lemos Giráldez y colaboradores, en Vallejo (2012), recogen como intervenciones psicosociales basadas en datos para la esquizofrenia la intervención familiar y psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la **terapia cognitivo-conductual**, el tratamiento asertivo comunitario, la economía de fichas y el empleo protegido. De todas ellas, la TCC para la **sintomatología positiva** es el tratamiento psicológico de elección aconsejado por un mayor número de asociaciones científicas y profesionales. La TCC acompaña a los **neurolépticos** con un objetivo diferenciado y complementario, y su núcleo es la normalización, la comprensión y la verificación de las **creencias** o percepciones.

1. La intervención familiar figura entre las intervenciones basadas en datos, pero el manual reserva la elección para los síntomas positivos a la TCC.
2. La psicoterapia psicodinámica no figura entre las intervenciones psicosociales basadas en datos de la tabla 9.
3. La rehabilitación cognitiva se dirige a mejorar la cognición y a compensar los déficits persistentes.
4. Es la TCC.

Ojo. La Guía de tratamientos eficaces (2003, cap. 1) matiza que los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos son poco eficaces en fases agudas y complementarios a la medicación en fases de estabilización sintomática.

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, Paino, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero, Esquizofrenia), apdo. 6, págs. 970-971. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, apdo. 2.9, pág. 278. 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. 6 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Adultos (Base).

124

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento inicial de la esquizofrenia se recomienda la utilización de medicación antipsicótica de segunda generación porque:

1. Eliminan completamente la sintomatología negativa.
2. No interfieren en el funcionamiento cognitivo.
3. Tienen mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía. ✓
4. No aumentan el riesgo de desarrollar un síndrome metabólico.

Los antipsicóticos de segunda generación se prefieren al inicio por su tolerancia y su menor riesgo de discinesia tardía

La Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia (2009) recomienda, con grado A, elegir medicación antipsicótica de **segunda generación** en los pacientes que inician tratamiento por primera vez, porque tiene **mejor tolerancia** y **menor riesgo de discinesia tardía**. Stahl explica que alrededor de un 5 % de los pacientes tratados con antagonistas D2 con escasa o ninguna acción serotoninérgica desarrolla **discinesia tardía** cada año, y que con los nuevos antagonistas D2/5HT2A o agonistas parciales la tasa puede ser aproximadamente la mitad. Estos fármacos, en cambio, pueden elevar los triglicéridos y la resistencia a la insulina y aumentar el **riesgo cardiometabólico**.

1. La Guía justifica la recomendación por la tolerancia y el menor riesgo de discinesia tardía, sin atribuirles la eliminación de los síntomas negativos.
2. Tampoco la justifica por su efecto sobre el funcionamiento cognitivo.
3. Es la justificación que da la Guía.
4. Stahl advierte que algunos antagonistas D2/5HT2A elevan los triglicéridos y la resistencia a la insulina, con riesgo de síndrome metabólico y dislipidemia.

Ojo. La Guía de 2009 no está en el corpus del Atlas; se ha consultado una copia en C:\Drive (págs. 19 y 72). El comentario de partida remite a Stahl (2012, 3.ª ed.); se cita la 5.ª ed. (2023) del corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo; Fòrum de Salut Mental; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Págs. 19 y 72 (no está en el corpus). Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, págs. 170 y 199-201.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

125 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos · Anulada

Anulada

La terapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE) es un formato de terapia recomendado para:

1. Todas las fases de la psicosis.
2. La fase aguda de la psicosis.
3. La fase de recuperación de la psicosis (entre 6 y 24 o más meses) tras un primer episodio de la enfermedad.
4. La fase recuperación temprana de la psicosis tras un primer episodio de la enfermedad.

La terapia de orientación cognitiva para la psicosis se propone en dos fases de recuperación, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta tras las impugnaciones. La Guía de tratamientos eficaces recoge en su tabla 1.11 la propuesta de McGorry (2000), que asigna modalidades de intervención a cada **fase de la psicosis**. La **psicoterapia de orientación cognitiva para la psicosis** (COPE), en formato individual, aparece tanto en la **recuperación temprana**, entre dos y seis meses aproximadamente, como en la **recuperación posterior**, entre seis y 24 o más meses. Con esa tabla, las opciones 3 y 4 describen fases en las que se recomienda.

1. La tabla solo la sitúa en las dos fases de recuperación tras el primer episodio.
2. En la fase aguda, entre cero y dos meses, la tabla propone intervención y apoyo en crisis y psicoeducación.
3. La tabla incluye la COPE en la recuperación posterior, entre seis y 24 o más meses.
4. La tabla incluye también la COPE en la recuperación temprana, entre dos y seis meses.

> **Ojo.** El comentario de partida no da clave provisional.

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. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 6, tabla 1.11 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

Respuesta correcta: 2

Qué modalidad de intervención familiar de la esquizofrenia tiene entre sus principales objetivos la reducción de la emoción expresada y del contacto con el paciente y el aumento de las redes sociales de la familia:

1. El modelo psicoeducativo de Anderson.
2. El modelo sociofamiliar de Leff. ✓
3. El modelo cognitivo conductual de Tarrier.
4. La terapia familiar conductual de Fallon.

Reducir la emoción expresada y el contacto con el paciente es un objetivo del modelo de Leff

La Guía de tratamientos eficaces sintetiza en la tabla 1.2 los cuatro principales programas de **intervención familiar** en la esquizofrenia. El paquete de **intervenciones sociofamiliares de Leff** se propone reducir la **emoción expresada** y el contacto con el paciente, aumentar las **redes sociales** de la familia, reducir las expectativas no realistas y mejorar la comunicación. El modelo psicoeducativo de Anderson busca reducir la vulnerabilidad del paciente y evitar recaídas; las intervenciones de Tarrier, identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada, y la terapia familiar conductual de Falloon, desarrollar habilidades con técnicas altamente estructuradas.

1. El modelo de Anderson se propone reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos y evitar el riesgo de recaídas.
2. Son objetivos del paquete de Leff.
3. Las intervenciones de Tarrier buscan identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada e incrementar el funcionamiento del paciente.
4. La terapia de Falloon se propone desarrollar habilidades con técnicas altamente estructuradas.

TABLA 1.2. COMPONENTES DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Modelo	Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff	Modelo psicoeducativo de Anderson	Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier	Terapia familiar conductual de Falloon
Objetivos	Reducir la EE y el contacto con el paciente. Aumentar las redes sociales de la familia. Reducir las expectativas no realistas. Mejorar la comunicación.	Reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos. Evitar el riesgo de recaídas.	Identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada. Incrementar el nivel de funcionamiento del paciente. Identificar las necesidades y planificar cómo satisfacerlas.	Desarrollar habilidades, con técnicas altamente estructuradas.
Fases del tratamiento	Programa educativo. Grupos interfamiliares. Sesiones unifamiliares.	Conexión con familias. Taller psicoeducativo. Reintegración a la sociedad. Rehabilitación social y profesional. Etapa final de desenganche.	Programa educativo Manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento. Establecimiento de metas.	Evaluación de la unidad familiar. Educación sobre la enfermedad. Entrenamiento en comunicación. Entrenamiento en solución de problemas. Estrategias conductuales específicas.

Fuente: Pérez Álvarez et al. (2003), Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, cap. 1, tabla 1.2 (edición digital sin paginar)

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. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 2, tabla 1.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

---

127 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

La aplicación de la terapia psicológica integrada de la esquizofrenia de Roder:

1. Mejora significativamente las variables cognitivas y conductuales tras el tratamiento.
2. Mejora exclusivamente las variables cognitivas.
3. Mejora las variables cognitivas significativamente mientras que sus efectos conductuales son inconsistentes. ✓
4. Mejora inconsistentemente las variables cognitivas y conductuales.

La terapia psicológica integrada mejora la cognición, pero sus efectos conductuales son inconsistentes

La **terapia psicológica integrada** (IPT) de Brenner, Roder y colaboradores es un programa grupal de orientación conductual para mejorar las **habilidades cognitivas y sociales** de los pacientes con esquizofrenia. En sus conclusiones, la Guía de tratamientos eficaces señala que se han encontrado **mejorías significativas en las variables cognitivas** tras el tratamiento, mientras que sus efectos sobre los niveles conductuales han sido **inconsistentes**. Los datos tampoco confirman de manera general la hipótesis de la penetración en que se apoya, porque las mejorías cognitivas no se traducen de forma consistente en otros niveles de la conducta. Aplicar los subprogramas sociales desde el principio reduce el elevado arousal de los pacientes.

1. Las mejorías conductuales no han sido consistentes.
2. La IPT incluye subprogramas sociales que, aplicados desde el principio, reducen el arousal y mejoran también el procesamiento de la información.
3. Es la conclusión de la Guía sobre la IPT.
4. Las variables cognitivas sí mejoran de forma significativa; lo inconsistente son los efectos conductuales.

> **Ojo.** Fonseca (2021, págs. 278-279) presenta la IPT como un tratamiento multimodal centrado en las alteraciones neurocognitivas y la cognición social que dispone de abundante evidencia empírica que avala su amplia expansión.

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. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 5.2 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, apdo. 2.9, págs. 278-279.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 1

Entre los criterios de derivación de los trastornos alimentarios a un servicio de Urgencias de hospital general para recibir tratamiento médico urgente, se encuentra:

1. Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (>30 % en los últimos 3 meses). ✓
2. Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vomitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
3. Falta de conciencia de enfermedad.
4. Amenorrea y astenia crónicas.

Una pérdida de peso superior al 50 % en seis meses es criterio de derivación urgente

La Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009) recoge los criterios para derivar desde atención primaria a urgencias de un hospital general, entre ellos una **pérdida de peso superior al 50 % en los últimos seis meses** (más del 30 % en los tres últimos meses), además de alteraciones médicas graves como las de la conciencia o las arritmias. Díaz García, en Vallejo y Vallejo-Slocker, advierte que no hay estudios aleatorizados y controlados que hayan establecido los criterios de **hospitalización**, que en general son de carácter **médico**: un peso por debajo del 85 % del saludable, una **pérdida de peso aguda** superior al 20 % en seis meses o la negativa total a comer.

1. Es uno de los criterios de derivación urgente de la Guía.
2. Los episodios bulímicos regulares no figuran entre los criterios de derivación urgente de la Guía.
3. La falta de conciencia de enfermedad tampoco está entre esos criterios, que recogen complicaciones médicas graves.
4. La amenorrea y la astenia crónicas tampoco figuran entre esos criterios.

Ojo. La Guía de 2009 no está en el corpus ni en C:\Drive; sus criterios se toman del comentario de partida (pág. 84). Los manuales del corpus dan otras cifras para la hospitalización: una pérdida de peso aguda superior al 20 % en seis meses (Vallejo y Vallejo-Slocker, vol. II, pág. 332) o una pérdida persistente del 25-30 % en menos de tres meses (Caballo y Simón, tabla 9.3, pág. 269).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Pág. 84 (no está en el corpus). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Díaz García, Anorexia y bulimia), apdo. 6.1, págs. 332-333. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 490. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 9, tabla 9.3, pág. 269.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

129

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

La terapia interpersonal es uno de los tratamientos de elección para los casos de:

1. Anorexia nerviosa.
2. Bulimia nerviosa. ✓
3. Obesidad con atracones (sobre todo para la pérdida de peso).
4. Rumiación.

La terapia interpersonal tiene apoyo empírico como tratamiento de la bulimia nerviosa

Vallejo y Vallejo-Slocker incluyen la **terapia interpersonal** (TI) en el capítulo de anorexia y bulimia porque es un tratamiento psicológico para la **bulimia nerviosa** que ha recibido apoyo empírico y resulta compatible con la TCC. Se aplica en régimen ambulatorio y suele constar de 12 a 20 sesiones individuales a lo largo de 3 a 5 meses. Aunque el tratamiento de primera elección para la bulimia es la **terapia cognitivo-conductual**, la TI se ha mostrado en algunos estudios tan eficaz como ella, con un proceso de recuperación más lento. Fonseca la recoge como alternativa en las recomendaciones para la bulimia y la incluye en su **tabla 16.5** con nivel de evidencia 2+ y grado C.

1. En la anorexia nerviosa, Fonseca solo la admite como alternativa en adultos cuando los tratamientos de primera línea resultan inaceptables, contraindicados o ineficaces, y su tabla 16.5 no la recoge para este trastorno.
2. Es el trastorno para el que Vallejo y Vallejo-Slocker la describen como tratamiento con apoyo empírico, tan eficaz en algunos estudios como la TCC.
3. En el trastorno de atracones la TIP es una de las dos terapias más estudiadas, pero ni ella ni la TCC son eficaces para conseguir pérdidas de peso cuando son necesarias.
4. Para el trastorno de rumiación, Fonseca I/A recoge intervenciones conductuales basadas en el análisis funcional y en la inversión del hábito, como la respiración diafragmática.

Ojo. La opción 1 no es del todo ajena a los manuales: Fonseca admite la terapia interpersonal como alternativa en adultos con anorexia (págs. 489 y 495). Lo que inclina la pregunta hacia la bulimia es que solo en ella figura con un nivel de evidencia propio en la tabla 16.5 y que Vallejo la presenta como tratamiento con apoyo empírico para ese trastorno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Díaz García, Anorexia y bulimia), págs. 344-345; cap. 4 (Saldaña, Obesidad, trastorno por atracón y síndrome de ingesta nocturna), págs. 249 y 252. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 489-491 y 495, tabla 16.5. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, págs. 385-386.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 3

Un procedimiento de modelado que combina exposición y actuación del modelo, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y desensibilización in vivo, se denomina:

1 Modelado in vivo.

2 Modelado pasivo.

3 Modelado participante. ✓

4 Modelado simbólico.

El modelado participante combina el modelo con instigadores, ensayo de conducta y desensibilización en vivo

Díaz, Ruiz y Villalobos describen el **modelado participante** como aquel en el que el observador atiende a la conducta del modelo y, cuando este la ejecuta, la ejecuta a su vez con la **ayuda verbal y física** del modelo si es necesario. Añaden que combina modelado, **facilitadores o instigadores** verbales y físicos, **ensayo de conducta** y **desensibilización en vivo**, y que también se conoce como desensibilización por contacto (Ritter) o participación guiada (Bandura). Sus pasos son la exposición y actuación del modelo, la instigación, la retirada progresiva de los instigadores y la práctica de la conducta en otros contextos y con otros modelos.

1 En el modelado en vivo, la exposición al objeto temido, la actividad o la conducta la lleva a cabo el modelo en presencia del observador; el procedimiento del enunciado añade la ejecución guiada del propio observador.

2 En el modelado pasivo el observador ve y aprende la conducta del modelo y después la ejecuta sin ayuda del terapeuta o del modelo.

3 Es la descripción del manual: modelado, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y desensibilización en vivo.

4 En el modelado simbólico el modelo se presenta en soporte audiovisual, escrito, en imaginación o mediante transmisión oral.

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. 2.5, págs. 304-305.

EN EL ATLAS
Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

131

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 2

La conducta de tomar un analgésico cuando tenemos dolor de cabeza es un comportamiento adquirido mediante un procedimiento de:

1. Reforzamiento positivo.
2. Reforzamiento negativo. ✓
3. Reforzamiento diferencial de otras conductas.
4. Moldeamiento.

Tomar un analgésico para el dolor se mantiene por reforzamiento negativo

Díaz, Ruiz y Villalobos ponen **tomar un analgésico para una cefalea** entre los ejemplos de conductas que se mantienen o incrementan por las consecuencias que tienen sobre el medio. Esas consecuencias pueden ser la consecución de algo apetitivo o la **eliminación de un evento aversivo**; en el segundo caso hablamos de **reforzamiento negativo**. El manual lo define como el aumento de la probabilidad de que se repita una conducta al retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ha realizado. Aquí el dolor de cabeza desaparece tras tomar el analgésico, y por eso aumenta la probabilidad de volver a recurrir a él.

1. El reforzamiento positivo incrementa una conducta mediante la presentación de un estímulo agradable o gratificante. Lo que sigue a tomar el analgésico es la desaparición del dolor.
2. La conducta retira un estímulo aversivo, el dolor, y con ello se incrementa su probabilidad futura.
3. El reforzamiento diferencial de otras conductas es un procedimiento para eliminar o reducir conductas: se evita reforzarlas y a cambio se refuerzan conductas alternativas.
4. El moldeamiento es una técnica para adquirir conductas nuevas mediante el reforzamiento de pequeños pasos o aproximaciones sucesivas hacia una conducta meta.

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, apdos. 3 y 3.2, págs. 168-169; apdo. 4.1, pág. 172; apdo. 5.1, pág. 177.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 4

Todos programas de entrenamiento en Habilidades Sociales suelen incluir 5 componentes básicos ¿Cuál de los siguientes elementos terapéuticos no está incluido entre esos cinco por no ser un elemento característico de este tipo de entrenamiento?:

1 Reforzamiento.

2 Ensayo de conducta.

3 Retroalimentación o feedback de la ejecución.

4 Reestructuración cognitiva. ✓

La reestructuración cognitiva queda fuera de los cinco componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales

Díaz, Ruiz y Villalobos señalan que el entrenamiento en habilidades sociales incluye técnicas distintas según el problema, 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 la generalización de las habilidades a otros contextos. En la tabla 1 del capítulo, la **reestructuración cognitiva** aparece en la fila de «Otros componentes», junto a las autoinstrucciones, la relajación, las técnicas de exposición o la solución de problemas.

1. El reforzamiento es el quinto componente básico; la tabla 1 lo concreta en refuerzo externo y auto-refuerzo.
2. El ensayo de conducta es otro componente básico, con técnicas como el ensayo real en la sesión, la inversión de roles o la práctica dirigida.
3. La retroalimentación o feedback es también un componente básico, verbal o mediante medios audiovisuales.
4. La reestructuración cognitiva figura entre las técnicas de «Otros componentes», junto a las tareas para casa y las estrategias de generalización.

TABLA 1. COMPONENTES BÁSICOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Componentes básicos	Técnicas específicas
Justificación e instrucciones	Instrucciones verbales; Lecturas; Grabaciones; Entrenamiento autoinstruccional
Modelado	Modelado en vivo; Modelado simbólico; Modelado participante
Ensayo Conductual	Ensayo real en la sesión; Inversión de roles; Práctica dirigida; Desensibilización mediante el ensayo de conductas; Representación de roles de otros personajes
Feedback o retroalimentación	Feedback verbal; Feedback medios audiovisuales
Reforzamiento	Refuerzo externo; Auto-refuerzo
Otros componentes: Tareas para casa; Estrategias de generalización	Auto-instrucciones; Relajación; Técnicas de e exposición; Parada de pensamiento; Técnicas de solución de problemas; Reestructuración cognitiva; Lecturas; Películas

Fuente: Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), cap. 6, tabla 1, pág. 324

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, pág. 319; tabla 1, pág. 324.

EN EL ATLAS

Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

133

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 4

La técnica de exposición interoceptiva es propia de los programas de intervención para:

1. La ansiedad generalizada.
2. La fobia a la sangre.
3. El trastorno obsesivo compulsivo.
4. El trastorno de pánico. ✓

La exposición interoceptiva es un componente básico de los programas para el trastorno de pánico

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que en el **trastorno de pánico** y la agorafobia la exposición busca desmentir expectativas catastrofistas y extinguir respuestas emocionales condicionadas tanto a situaciones externas, con la exposición en vivo, como a **sensaciones somáticas**. Para estas últimas se usa la **exposición interoceptiva**, considerada un componente básico de los programas de intervención cognitivo-conductuales para el pánico. Simula los síntomas del ataque de pánico para que el paciente los experimente en un contexto controlado, y la inducción controlada y repetida de las sensaciones físicas debilita la respuesta emocional ante ellas (**condicionamiento interoceptivo**).

1. En el trastorno de ansiedad generalizada, el manual sitúa como objetivo de afrontamiento de la exposición las preocupaciones y rumiaciones.
2. En la fobia a la sangre, lo que se afronta es la visión de la sangre, de una punción o de una herida.
3. En el trastorno obsesivo-compulsivo, la exposición se dirige a los pensamientos o imágenes obsesivas.
4. La exposición interoceptiva se dirige a los síntomas fisiológicos del ataque de pánico y es un componente básico de su tratamiento cognitivo-conductual.

Trampa. Las tres alternativas son trastornos que también se tratan con exposición. Lo que cambia es el estímulo que se afronta, y solo en el pánico ese estímulo son las propias sensaciones corporales.

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, apdo. 5, pág. 225; págs. 232-233.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

134

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

En el caso de un trastorno de anorexia nerviosa, la primera alternativa de elección de tratamiento especializado es:

1 El ingreso hospitalario.

2 El tratamiento ambulatorio. ✓

3 El hospital de día.

4 Los pisos tutelados.

La primera modalidad de tratamiento de la anorexia nerviosa es la ambulatoria

Fonseca recoge las directrices de las guías internacionales para la **anorexia nerviosa**: en términos de modalidad de tratamiento, no hay duda de que la primera debe ser la **ambulatoria**. Los datos de investigación aportan criterios específicos para sugerir un **abordaje hospitalario**: que el enfoque ambulatorio haya fallado, complicaciones médicas graves, IMC muy bajo, signos vitales alarmantes, no colaboración con la terapia, depresión y alta suicidalidad, comorbilidad psiquiátrica o factores ambientales. En las conclusiones insiste en que la modalidad recomendada en la mayoría de los casos es la ambulatoria y en que la **hospitalización** debería reservarse a personas con características muy bien descritas.

1 El ingreso hospitalario se reserva para quienes cumplen criterios específicos, como el fracaso del enfoque ambulatorio o las complicaciones médicas graves.

2 Es la primera modalidad según las guías que resume Fonseca.

3 El capítulo de Fonseca no menciona el hospital de día entre las modalidades de tratamiento; la primera que señalan las guías es la ambulatoria.

4 Los pisos tutelados tampoco aparecen en las directrices que recoge Fonseca para la anorexia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, apdo. 2.1, pág. 488; pág. 495. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Díaz García, Anorexia y bulimia), pág. 332.

EN EL ATLAS Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 204

135 PSICOLOGÍA BÁSICA

I9 · Motivación

Respuesta correcta: 3

Según la última formulación de la teoría de C.L. Hull, para que una conducta se lleve a cabo:

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

En la última formulación de Hull la conducta exige hábito, impulso e incentivo

Palmero et al. exponen que Hull propuso primero que la conducta motivada depende de dos factores, el **hábito** (H) y el **impulso** (D), con una relación multiplicativa: si uno de ellos es cero, no se produce la conducta. Como esos dos factores resultaron insuficientes, en 1951 y 1952 añadió el **incentivo** (K), porque las características del objeto meta también influyen en la motivación. La nueva fórmula es H * D * K y la relación entre los tres sigue siendo **multiplicativa**, de modo que deben estar presentes los tres. Con ella la motivación pasa a depender de factores internos y externos.

1. Ni siquiera en su primera formulación bastaba el hábito, porque Hull exigía también el impulso.
2. Para Hull el impulso permite activar una conducta pero no dirigirla, y la conducta motivada requiere además el hábito y, en la última formulación, el incentivo.
3. Es la fórmula H * D * K: con una relación multiplicativa, si falta cualquiera de los tres factores no se produce la conducta.
4. Es la propuesta de Spence, discípulo de Hull, que hizo aditiva la relación entre impulso e incentivo, H * (D + K), de modo que basta con uno de los dos.

DE HULL A SPENCE: CÓMO SE COMBINAN LOS FACTORES DE LA CONDUCTA MOTIVADA

Formulación	Fórmula	Lo que dice el manual
Hull (1943)	H * D	La relación entre ambos factores es multiplicativa por lo que si uno de los factores es cero no se produciría la conducta
Hull (1951, 1952)	H * D * K	De nuevo, la relación entre los tres factores es multiplicativa por lo que, si uno de los factores es cero no se produciría la conducta
Spence (1956)	H * (D + K)	La conducta motivada se produce en ausencia de uno de los dos factores, el impulso o el incentivo, dada la relación aditiva propuesta por el autor

Fuente: Palmero et al. (2011), cap. 3, apdo. 3.2.2, págs. 77-78

Trampa. La opción 4 describe la reformulación de Spence. Lo que separa a ambos autores es el paso de una relación multiplicativa a otra aditiva entre impulso e incentivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Cap. 3, apdo. 3.2.2, págs. 77-78.

EN EL ATLAS

Tema I9 · Motivación. Se estudia con Palmero (Base).

136

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 1

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

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

La disonancia cognitiva es el malestar que produce la incoherencia entre cogniciones

Gaviria, López y Cuadrado resumen así el núcleo de la teoría de Festinger (1957): la existencia de cogniciones que no son coherentes entre sí produce un **estado psicológico de incoherencia** (disonancia) que es incómodo y que la persona se esforzará en paliar. La cognición abarca el conocimiento sobre los propios estados psicológicos, la **conducta manifiesta** y el entorno. La **disonancia cognitiva** se define como una experiencia psicológicamente desagradable, provocada por la inconsistencia entre actitudes y comportamiento, que se acompaña de sensaciones de inquietud. Es un **factor motivacional**, similar al hambre, que induce cambios psicológicos dirigidos a reducir el malestar.

1. Es la teoría que describe el enunciado, en la que la incoherencia entre cogniciones, incluida la propia conducta, genera un malestar que motiva a reducirla.
2. La teoría del equilibrio de Heider plantea la incoherencia entre diferentes actitudes y la búsqueda de consistencia como una necesidad de racionalidad. El enunciado incluye las conductas y habla de tensión aversiva, el terreno de Festinger.
3. Las teorías de la atribución estudian las explicaciones sobre las causas de las acciones de las personas.
4. La teoría del campo es la de Kurt Lewin, que Hogg y Vaughan recuerdan por su idea de la tensión entre el individuo y el entorno.

Ojo. La opción 2 tiene parte de razón: Gaviria agrupa la teoría del equilibrio de Heider con la disonancia entre las teorías de la consistencia, y también habla de un estado psicológico desequilibrado. La separa del enunciado que se limita a la incoherencia entre actitudes.

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. 164-166; cap. 4, pág. 94. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 12, pág. 456.

EN EL ATLAS

Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución.

137 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

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

1 El informe parcial. ✓

2 La supresión articulatoria.

3 La técnica del sufijo.

4 El método de los ahorros.

El informe parcial de Sperling es la técnica clásica para estudiar el registro sensorial visual

Mayas dedica el estudio de la **memoria icónica** al trabajo clásico de George Sperling (1960) y la **técnica de informe parcial**. Como los participantes disponían de más información sobre la matriz de la que eran capaces de recordar, Sperling solo les pedía informar de una fila, indicada por un tono que sonaba cuando la matriz ya había desaparecido. Multiplicando por tres el promedio de letras informadas se obtenía una media de 9,1 letras, muy superior a las 4,5 del **informe total**, y esa ventaja se reducía al demorar la **señal auditiva**.

1 Es la técnica de Sperling para estudiar la memoria icónica.

2 La supresión articulatoria consiste en repetir un sonido irrelevante durante la tarea; impide que el material visual se registre en el almacén fonológico y se usa para estudiar la memoria a corto plazo verbal.

3 El efecto sufijo es una de las pruebas de la existencia de un almacén sensorial auditivo, la memoria ecoica.

4 El método de los ahorros procede de Ebbinghaus, que midió el olvido por el porcentaje de ahorro al reaprender el material.

Ojo. Mayas recoge también un informe parcial auditivo y otro táctil, de modo que la técnica no es exclusiva de la visión. El enunciado la acota al registro visual, que es donde la aplicó Sperling.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Mayas Arellano, J. (coord.) (2023). La memoria humana. Una aproximación desde la neurociencia cognitiva y el ciclo vital. Sanz y Torres. Cap. 2 (Montoro y Prieto, Memoria sensorial), apdos. 2.2.1 y 2.3.1.2.2, págs. 41-42 y 54. Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 1, figura 1.1, pág. 30; cap. 3, pág. 68.

EN EL ATLAS

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

138

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

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

1 Umbral absoluto.

2 Umbral diferencial. ✓

3 Umbral de contraste.

4 Umbral de eco.

El umbral diferencial es el incremento mínimo que permite notar un cambio en la sensación

Luna y Tudela definen el **umbral absoluto** como el valor de la dimensión física por encima y por debajo del cual se detecta o no se detecta el estímulo, o la cantidad mínima de estimulación capaz de producir una sensación. El **umbral diferencial** es el incremento mínimo en la estimulación que permite detectar un cambio en la sensación; por ejemplo, la diferencia mínima en la longitud de dos líneas que permite detectar que una es más larga. Goldstein y Cacciamani lo describen como la diferencia mínima necesaria entre dos estímulos para distinguirlos, también llamada **diferencia apenas perceptible** (DL).

1. El umbral absoluto es la cantidad mínima de estimulación capaz de producir una sensación. Mide la detección del estímulo, y el enunciado pregunta por la detección de un cambio.
2. Es la definición que dan Luna y Tudela.
3. El umbral de contraste es la diferencia mínima de intensidad que puede percibirse entre dos áreas, medida a menudo con enrejados de barras claras y oscuras.
4. El «umbral de eco» no aparece en el corpus del Atlas; la psicofísica clásica mide los umbrales absoluto y diferencial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 9, págs. 307-308. Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Apéndice A, pág. 515; cap. 4, pág. 90; glosario, pág. 549.

EN EL ATLAS: Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Luna y Tudela (Ampliación) y Goldstein y Cacciamani (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 208

139

PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

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

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

La búsqueda heurística reduce el espacio del problema a las alternativas más prometedoras

González Labra explica que explorar de forma exhaustiva todos los trayectos del espacio del problema es inviable para una **memoria de trabajo limitada**, porque el espacio de búsqueda aumenta exponencialmente (la **implosión combinatoria**). Por eso las personas usan métodos de **búsqueda heurística**, que permiten reducir el conjunto total de alternativas a un número más manejable y que además agrupe a las que mejor se aproximen a la solución. A cambio, la búsqueda heurística **no garantiza la solución óptima**: como no se exploran todos los trayectos, se apuesta por los que mejor pueden conducir a una solución.

1. La exploración exhaustiva de todos los trayectos es lo que la búsqueda heurística evita, porque resulta inviable con una memoria de trabajo limitada.
2. Es la definición del manual: reducir el conjunto de alternativas a las que mejor se aproximan a la solución.
3. El manual dice expresamente que la búsqueda heurística no garantiza que se alcance la solución óptima.
4. El manual explica que la formación de un experto consiste en gran medida en adquirir el conocimiento necesario para limitar mejor el espacio de búsqueda, así que la heurística se apoya en conocimiento previo.

Ojo. La opción 4 no se refuta con una frase del manual; se descarta porque González Labra liga la eficacia de la búsqueda al conocimiento que aporta el experto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 8, apdo. 3.2, págs. 231-232.

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

140

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 3

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

1 Razón fija.

2 Razón variable.

3 Intervalo fijo. ✓

4 Intervalo variable.

El festón es el patrón de respuesta de los programas de intervalo fijo

Domjan explica que en un programa de **intervalo fijo** (IF) una respuesta solo se refuerza cuando ha pasado una cantidad de tiempo que se mantiene constante, de modo que los sujetos aprenden a esperar para responder al final del periodo. La tasa de respuestas aumenta a medida que se acerca el momento en que estará disponible el siguiente reforzador, y en el **registro acumulativo** aparece como una aceleración hacia el final del intervalo. Ese patrón es el **festón del intervalo fijo**. La razón fija, en cambio, produce **pausa posreforzamiento** y carrera de la razón, y los programas variables mantienen tasas estables.

1. La razón fija produce una pausa posreforzamiento seguida de una tasa elevada y estable, la carrera de la razón.
2. En la razón variable las pausas predecibles son menos probables y los organismos responden a una tasa bastante estable.
3. El aumento de la tasa a medida que se acerca el reforzador, visible como aceleración al final del intervalo, es el festón del intervalo fijo.
4. Los programas de intervalo variable, igual que los de razón variable, mantienen tasas estables y constantes de respuestas sin pausas regulares.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 189-194.

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

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

141

PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina el procedimiento del condicionamiento clásico en el que el estímulo incondicionado se presenta y finaliza antes de que se presente el estímulo condicionado?:

1 De demora corta.

2 De demora larga.

3 De huella.

4 Hacia atrás. ✓

En el condicionamiento hacia atrás el estímulo incondicionado precede al condicionado

Domjan describe cinco procedimientos de condicionamiento clásico según la relación temporal entre el **estímulo condicionado** (EC) y el **estímulo incondicionado** (EI). En la demora corta, la huella y la demora larga el EC aparece primero; en el simultáneo ambos se presentan a la vez. En el **condicionamiento retroactivo** el EI ocurre un poco antes, en lugar de después, del EC, en orden inverso a los demás procedimientos. Pellón lo llama **condicionamiento hacia atrás** (el EI seguido del EC), y Fernández-Abascal precisa que en él el EI comienza y termina antes de que se presente el EC.

1. En la demora corta el EC inicia cada ensayo y el EI se presenta tras una demora breve, de menos de un minuto.
2. En la demora larga el EC también empieza antes, pero el EI se demora de cinco a 10 minutos y el EC se mantiene hasta su inicio.
3. En el de huella el EC se presenta primero y el EI llega cierto tiempo después de que el EC ha terminado, con un intervalo de huella entre ambos.
4. Es el procedimiento en que el EI precede al EC, que Domjan denomina retroactivo.

CINCO PROCEDIMIENTOS COMUNES DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Procedimiento	Característica según el manual
Condicionamiento de demora corta	El EC inicia cada ensayo y el EI se presenta después de una demora breve (menos de un minuto)
Condicionamiento de huella	El EI no se presenta sino cierto tiempo después que el EC ha terminado
Condicionamiento de demora larga	El EI se demora mucho más (de cinco a 10 minutos) que en el procedimiento de demora corta
Condicionamiento simultáneo	Los estímulos condicionado e incondicionado se presentan al mismo tiempo
Condicionamiento retroactivo	El EI ocurre un poco antes, en lugar de después, del EC

Fuente: Domjan (2010), cap. 3, figura 3.7 y texto, págs. 84-85

Ojo. La 6.ª ed. de Domjan llama a este procedimiento «condicionamiento retroactivo»; «hacia atrás» es el término de Pellón y de Fernández-Abascal, que da retroactivo y retrógrado como sinónimos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 3, págs. 84-85. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 2, pág. 73. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 4, pág. 122.

EN EL ATLAS

Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Se estudia con Domjan (Base) y Pellón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 6

142 PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 4

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

1 Cuando debe decir “rojo” ante una serie de “Xs” escritas en tinta roja.

2 Cuando debe decir “rojo” ante la palabra “rojo “escrita en tinta roja.

3 Cuando debe decir “azul” ante la palabra “azul” escrita en tinta roja.

4 Cuando debe decir “rojo” ante la palabra “azul” escrita en tinta roja. ✓

El efecto Stroop aparece al nombrar la tinta de una palabra que designa otro color

Johnson y Proctor definen el **efecto Stroop** como la interferencia que ejerce el significado de las palabras durante la denominación de los colores con los que aparecen impresas. La tarea pide **nombrar el color de la tinta**, y el rendimiento es peor, con más tiempo de respuesta y más errores, en la **condición incongruente** que en la congruente o en la neutra (una serie de XXXXX). La interferencia es además **asimétrica**: el significado de la palabra interfiere al nombrar el color, pero la tinta no interfiere cuando lo que se pide es leer la palabra.

1. Decir «rojo» ante una serie de X en tinta roja corresponde a la condición neutra, que sirve de comparación.
2. La palabra «rojo» en tinta roja es un ensayo congruente, en el que el significado coincide con el color.
3. Decir «azul» ante la palabra «azul» escrita en rojo es leer la palabra, y por la asimetría del efecto la tinta no interfiere en la lectura.
4. Hay que nombrar la tinta roja de una palabra que significa otro color: es la condición incongruente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 5, apdo. 3.1, págs. 165-167.

EN EL ATLAS: Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación).

143

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

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

1 Declarativa.

2 Episódica.

3 Semántica.

4 Procedimental. ✓

La memoria procedimental es la del «saber cómo» se hacen las cosas

Baddeley, Eysenck y Anderson recogen la clasificación de Squire, que divide la memoria a largo plazo en **explícita o declarativa**, con la memoria episódica y la semántica, e **implícita o no declarativa**, que incluye condicionamiento, habilidades y facilitación. La memoria implícita se refleja en la ejecución más que en recuerdos conscientes, como al montar en bicicleta, y una de sus formas es el **aprendizaje procedimental**, del que las habilidades motoras son un ejemplo. Belloch describe la **memoria de procedimientos** como la que da cuenta del conocimiento subyacente a habilidades como conducir, montar en bicicleta o atarse los cordones, es decir, el **saber cómo**.

1 La memoria declarativa es la explícita, la recuperación intencional y basada en el recuerdo de eventos personales o de hechos.

2 La memoria episódica es el sistema que permite recordar eventos específicos, como algo ocurrido en unas vacaciones concretas.

3 La memoria semántica almacena el conocimiento acumulativo sobre el mundo, como el significado de una palabra.

4 Es la memoria de procedimientos, el «saber cómo» que subyace a las habilidades.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 1, apdo. 8, pág. 37; cap. 8, págs. 147 y 153. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 197.

EN EL ATLAS

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

144 PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 4

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

1 La atracción hacia el poder.

2 Los prejuicios intergrupales.

3 Las diferencias interpersonales.

4 La competencia por recursos limitados. ✓

La teoría del conflicto realista sitúa el origen del conflicto en la competición por recursos escasos

Gaviria, López y Cuadrado presentan la **teoría del conflicto realista**, formulada a partir de los experimentos de campo de Muzafer Sherif en campamentos de verano, como el de la Cueva de los Ladrones. Desde esta perspectiva, la **competición por recursos escasos** es un prerrequisito para que emerja el conflicto. Este surge por la competición entre grupos por recursos que todos desean (dinero, prestigio, estatus o poder), y la cooperación mediante **metas supraordenadas** lo reduce. Molero añade que el conflicto intergrupal se produce por la existencia de **metas incompatibles** y da pie a la hostilidad y a la discriminación intergrupal.

1 El poder aparece en la teoría como uno de los recursos que los grupos desean, junto al dinero, el prestigio o el estatus; la fuente del conflicto es la competición por ellos.

2 Los prejuicios y la hostilidad son consecuencias del conflicto; según Molero, las metas incompatibles dan pie a la hostilidad y a la discriminación intergrupal.

3 La teoría se ocupa de lo que ocurre cuando las personas dejan de interactuar a título personal y lo hacen sobre la base de su pertenencia grupal.

4 Es la tesis central de la teoría, según la cual la competición por recursos escasos es un prerrequisito para que surja el conflicto.

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. 13, págs. 369-370. Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 9, apdo. 2.2.1, págs. 282-283.

EN EL ATLAS: Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Gaviria (Base) y Molero (Ampliación).

145

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 4

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

1 Norma subjetiva.

2 Control conductual percibido.

3 Intención.

4 Auto-percepción. ✓

La autopercepción no forma parte del modelo de Fishbein y Ajzen

La pregunta se refiere al modelo de Fishbein y Ajzen en su versión ampliada, la **teoría de la acción planificada**. Gaviria, López y Cuadrado explican que en la **teoría de la acción razonada** el elemento central es la **intención** de realizar la conducta, que depende de la actitud hacia la conducta y de la **norma subjetiva**. La acción planificada, elaborada por los mismos autores, añadió el **control conductual percibido**, la percepción de lo fácil o difícil que resultará realizar el comportamiento. La **autopercepción** pertenece a otra teoría, la de Bem, que el manual presenta como la propuesta más citada en contra de la disonancia cognitiva.

1. La norma subjetiva es uno de los dos determinantes de la intención en la acción razonada y se mantiene en la planificada.
2. El control conductual percibido es el factor que la teoría de la acción planificada añadió al modelo inicial.
3. La intención es el elemento central del modelo y el principal determinante de la conducta.
4. Según Bem, la gente infiere sus actitudes a partir de su propia conducta, como si fueran observadores externos; es otra teoría.

Ojo. El enunciado escribe «Fishdein», errata por Fishbein, y no aclara si se refiere a la acción razonada o a la planificada. Si fuera la acción razonada, el control conductual percibido tampoco formaría parte del modelo; aun así, la autopercepción es la única opción ajena a las dos versiones.

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. 161-164 y 170.

EN EL ATLAS: Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 68, PIR 2025 · n.º 195

146

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 2

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

1 Sesgo de Representatividad.

2 Sesgo de Disponibilidad. ✓

3 Correlación ilusoria.

4 Error fundamental de atribución.

Juzgar la frecuencia por los ejemplos que vienen antes a la mente es el heurístico de disponibilidad

Gaviria, López y Cuadrado describen el **heurístico de accesibilidad o disponibilidad**, que se utiliza para estimar la probabilidad de un suceso, la frecuencia de una categoría o la asociación entre dos fenómenos. La estimación se basa en la **facilidad o rapidez** con la que vienen a la mente ejemplos específicos: si se nos ocurren muchos casos, será porque el suceso es muy frecuente o muy probable (Tversky y Kahneman, 1973). Por eso tendemos a sobreestimar la frecuencia de enfermedades muy dramáticas, como una epidemia. El **heurístico de representatividad**, en cambio, sirve para inferir si un estímulo pertenece a una categoría por su semejanza con los elementos típicos.

1 La representatividad se usa para inferir si un estímulo pertenece a una categoría según su semejanza con los elementos típicos de esta.

2 Es el heurístico que estima la frecuencia por la facilidad con que vienen a la mente los ejemplos.

3 La correlación ilusoria es la sobreestimación del grado en que están relacionados dos sucesos o dos características. El manual la explica también por el heurístico de disponibilidad, pero el enunciado pregunta por la frecuencia de un único acontecimiento.

4 El error fundamental de atribución es la tendencia a enfatizar las explicaciones basadas en características disposicionales del actor frente a las basadas en el entorno.

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. 3, págs. 62-65; cap. 4, pág. 103.

EN EL ATLAS: Tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 4

147 PSICOLOGÍA SOCIAL

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

Respuesta correcta: 1

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

1. La conducta de ayuda disminuye cuando aumenta el número de observadores. ✓
2. La conducta de ayuda no se ve afectada por el número de observadores.
3. La conducta de ayuda aumenta cuando lo hace el número de observadores.
4. No existen resultados consistentes que permitan extraer conclusiones sobre la relación entre ambas variables.

La conducta de ayuda disminuye cuantos más observadores hay

Gaviria, López y Cuadrado describen el primer estudio de Darley y Latané (1968), que puso a prueba el efecto del **número de espectadores** sobre la ayuda. Los participantes creían discutir por interfono con uno, dos o cinco estudiantes cuando uno de ellos simulaba un ataque epiléptico. En la condición con más «participantes», el porcentaje de sujetos que intentaron ayudar fue menor y, cuando alguno lo hizo, tardó más en decidirse; de quienes se creían solos, un 85 % reaccionó en el primer minuto. Es el **efecto de los espectadores**: cuanto mayor sea el número de espectadores, menor será la probabilidad de que cualquiera de ellos **preste ayuda**.

1. Es el efecto de los espectadores que demostraron Darley y Latané.
2. El número de espectadores fue la variable independiente del estudio y afectó tanto al porcentaje de quienes ayudaron como al tiempo que tardaron.
3. Es lo que predeciría el sentido común, según el manual; Darley y Latané formularon la hipótesis contraria y los resultados les dieron la razón.
4. Los resultados dieron la razón a Darley y Latané, y el manual presenta su trabajo como el inicio de una línea de investigación histórica.

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. 9, cuadro 9.2, págs. 239-241.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 71, PIR 2025 · n.º 198

148

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes factores REDUCE la aparición de los procesos de conformidad? :

1 Necesidad de ofrecer respuesta pública.

2 Alta dificultad de los juicio que deben ser emitidos.

3 Grupo de amplio tamaño.

4 Carencia de unanimidad dentro del grupo. ✓

La falta de unanimidad del grupo reduce el conformismo

Molero repasa los factores que inciden en el **conformismo** en el paradigma de Asch. La influencia es mayor cuando las respuestas se dan en público, cuando aumentan la ambigüedad y la **dificultad** de la tarea y cuando crece el **tamaño del grupo**, aunque este efecto parece estabilizarse a partir de tres, cuatro o cinco miembros. En cambio, la **unanimidad** del grupo es un factor importante: basta que un miembro se desmarque de la mayoría para que el conformismo disminuya. Este efecto se conoce como **apoyo social** y aparece incluso cuando el disidente da respuestas incorrectas pero diferentes de las del grupo.

1. Responder en público aumenta el conformismo; cuando el sujeto de Asch respondía por escrito y de forma anónima, la influencia bajó al 12,5 % de las estimaciones.
2. La dificultad de la tarea aumenta el conformismo, igual que la ambigüedad y la incertidumbre del individuo.
3. Un grupo mayor también aumenta el conformismo, aunque el efecto se estabiliza a partir de unos pocos miembros.
4. Basta que un miembro se desmarque de la mayoría para que el conformismo disminuya.

Ojo. Molero precisa que la simple ruptura de la unanimidad basta en los juicios objetivos; en los juicios de opinión, el conformismo solo disminuye cuando el disidente apoya concretamente la posición del individuo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 6, apdos. 2.2-2.3, págs. 188-189.

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Molero (Ampliación).

149 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

Si un paciente afirma sin ser cierto, que estuvo en un hospital exactamente igual al que está ahora (o que ambos lugares existen paralelamente en distintos puntos espaciales), o que ya conocía a los enfermeros, se trata de:

1. Paramnesia reduplicativa. ✓
2. Delirio de Sosias.
3. Agnosia de caras.
4. Síndrome del impostor.

Creer que un lugar familiar está duplicado es una paramnesia reduplicativa

Belloch sitúa la **paramnesia reduplicativa** entre las paramnesias del reconocimiento. Pick usó el término para una paciente que creía haber sido trasladada de un hospital a otro idéntico, en una ciudad duplicada con el mismo personal, y desde entonces describe la creencia en la existencia de **lugares duplicados** por completo. Los pacientes reconocen adecuadamente el lugar, los objetos o las personas, pero fracasan en atribuirles la **sensación de familiaridad**; puede ser un jamais vu que el paciente interpreta de forma delirante. Vallejo Ruiloba añade que es frecuente en la recuperación de **estados confusionales** y en las demencias.

1. Es la creencia en la existencia de lugares duplicados que describió Pick.
2. El delirio de Sosias es otro nombre del síndrome de Capgras: el paciente cree que una persona importante en su vida está siendo usurpada por un impostor idéntico.
3. La agnosia de caras, o prosopagnosia, es la incapacidad para reconocer rostros perfectamente conocidos; el paciente del enunciado sí reconoce el lugar.
4. Belloch no recoge un «síndrome del impostor»; la idea del impostor aparece en el síndrome de Capgras, que afecta a personas.

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. 216-217. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43, pág. e-680.

EN EL ATLAS

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

150

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 1

El trastorno en la articulación y expresión del habla por lesiones del sistema nervioso central o periférico, se denomina:

1 Disartria. ✓

2 Disglosia.

3 Disfasia.

4 Distonia.

La disartria es un trastorno de la articulación causado por lesiones del sistema nervioso

Entre los trastornos del habla, Belloch define la **disartria** como la dificultad de la articulación y expresión del habla debida a trastornos del **tono y del movimiento** de los músculos que controlan la articulación, y que son consecuencia de **lesiones del sistema nervioso** central y periférico. La distingue de la **dislalia**, la dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras por alteraciones orgánicas o funcionales que afectan a los órganos periféricos del habla. A las dislalias orgánicas también se las conoce como **disglosias**.

1. Es la definición de disartria de Belloch.
2. La disglosia es la dislalia orgánica, debida a alteraciones de los órganos periféricos del habla como el labio leporino o la fisura palatina.
3. La disfasia evolutiva es un trastorno del lenguaje; el DSM-5 sustituye ese término y otros como el TEL por la etiqueta de trastorno del lenguaje.
4. La distonía es un trastorno del movimiento: una contracción muscular sostenida que causa retorcimiento, movimientos repetitivos o posturas extrañas.

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. 289 y 293; cap. 10, pág. 327.

EN EL ATLAS

Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

151

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 4

Cuando la persona tiene un extraño sentimiento de irrealidad con respecto a sí mismo, aunque sabe que nada ha cambiado, se dice que padece:

1 Difusión del ego.

2 Autoscopia.

3 Ausencia personal.

4 Despersonalización. ✓

Sentirse irreal o extraño a uno mismo sabiendo que nada ha cambiado es despersonalización

El DSM-5 describe los episodios de **despersonalización** como una sensación de **irrealidad o extrañeza**, o de distanciamiento, respecto a uno mismo en general o a algunos aspectos del yo. El criterio B añade que durante esas experiencias **las pruebas de realidad se mantienen intactas**, de modo que la persona sabe que se trata de una sensación y que en realidad nada ha cambiado. La **desrealización**, el otro componente del trastorno, se refiere a la irrealidad o el distanciamiento respecto al **entorno**.

1. El DSM-5 no usa ese término para describir la experiencia del enunciado.
2. La autoscopia es una variante de la experiencia alucinatoria en la que la persona se ve a sí misma como un doble.
3. «Ausencia personal» no es un término del capítulo de los trastornos disociativos.
4. Es la despersonalización, con la prueba de realidad conservada.

LOS DOS COMPONENTES DEL TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN/DESREALIZACIÓN

Experiencia	Criterios del DSM-5-TR
Despersonalización (A1)	Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo
Desrealización (A2)	Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno
Criterio B	Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de despersonalización/desrealización, criterios diagnósticos, pág. 343

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 302. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 163.

EN EL ATLAS Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 208, PIR 2017 · n.º 38, PIR 2019 · n.º 154

152

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

La atmósfera delirante se refiere a:

1. La interpretación delirante de una percepción normal.
2. La experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro y difícil de definir. ✓
3. La preocupación que generan los delirios.
4. La multimodalidad de la sintomatología delirante.

La atmósfera delirante es la vivencia de que el mundo ha cambiado de un modo sutil y siniestro

Belloch clasifica por su forma de aparición los **delirios primarios** en intuición delirante, percepción delirante, **atmósfera o humor delirante** y recuerdo delirante. La atmósfera delirante consiste en la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado (**desrealización**) de un modo sutil, pero a la vez siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir, aunque de algún modo la persona «sabe» que está involucrada personalmente. Se suele acompañar de un estado de ánimo muy alterado, con incomodidad, desasosiego e incluso perplejidad, y con el tiempo da lugar a una elaboración compleja del delirio.

1. La interpretación delirante de una percepción normal es la percepción delirante, otro de los delirios primarios.
2. Es la definición de atmósfera o humor delirante que da Belloch.
3. La preocupación que generan los delirios no aparece entre los criterios de la tabla 8.6 de Belloch, que los clasifica por su forma de aparición, su contenido, su extravagancia, su congruencia con el estado de ánimo y su sistematización.
4. La multimodalidad tampoco es uno de esos criterios; la atmósfera delirante es una forma de aparición del 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, tabla 8.6, pág. 256; págs. 257-258.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 141

153 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina la alteración formal del pensamiento en la que el paciente elabora su discurso basándose en los sonidos de las palabras y no en lo que significan?:

1 Resonancia. ✓

2 Ilocigidad.

3 Musicalidad.

4 Paraentonación.

En las resonancias el discurso se guía por el sonido de las palabras

Belloch incluye las **resonancias** entre los trastornos formales del pensamiento de su figura 8.1, basada en Andreasen. Las describe como un patrón del habla en el que la elección de palabras «parece estar determinada por los **sonidos** (p. ej., por rimas entre palabras) y no por sus relaciones de significado». Por eso a este trastorno se le aplica a veces la denominación de **asociaciones fonéticas**: son ellas las que rigen el discurso del paciente, que puede llegar a ser **ininteligible** para el oyente. Además de rimas, pueden aparecer juegos de palabras y asociaciones de doble sentido.

1. Es el trastorno en que los sonidos gobiernan la elección de las palabras.
2. La ilogicidad es un discurso con contradicciones internas importantes, en el que las conclusiones no se corresponden con las premisas de las que parte la persona.
3. La «musicalidad» no figura entre los trastornos formales del pensamiento de la figura 8.1 de Belloch.
4. Tampoco figura la «paraentonación» en esa clasificación.

Ojo. El enunciado escribe «Ilocigidad», errata por ilogicidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, figura 8.1, pág. 234; págs. 234-236.

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

154 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento · Anulada

Anulada

La característica básica de la alteración formal del pensamiento denominada “preservación” consiste en:

1. La repetición en eco de las palabras o frases del interlocutor.
2. La repetición persistente de ideas o palabras.
3. El enlentecimiento acusado del curso del pensamiento.
4. El discurso caracterizado por la inclusión de detalles innecesarios y excesivos paréntesis.

La «preservación» del enunciado es una errata por perseveración, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El enunciado pregunta por la «preservación», y el comentario de partida atribuye la anulación a una errata por «**perseveración**». Belloch describe la perseveración como una **repetición persistente** de palabras, ideas o temas: cuando el paciente ha utilizado una vez una idea o una palabra, vuelve a ella de manera continuada a lo largo de su discurso. Puede manifestarse también como una incapacidad para cambiar de un tema a otro. Es uno de los trastornos más frecuentes, sobre todo en la manía, y se observa también en la depresión, la esquizofrenia, el TOC y algunas demencias.

1. La repetición en eco de las palabras o frases del interlocutor es la ecolalia, uno de los «eco-síntomas».
2. Es la definición que correspondería a la perseveración: la repetición persistente de palabras, ideas o temas.
3. El enlentecimiento acusado del curso del pensamiento no corresponde a la perseveración, que se define por la repetición.
4. Los detalles innecesarios y los excesivos paréntesis definen la circunstancialidad, en la que el discurso tarda mucho en alcanzar la meta.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional; indica que, sin la errata, la respuesta sería la 2.

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. 235-237.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

155 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 4

Los temblores que se producen en la enfermedad de Parkinson son:

1 Posturales.

2 Intencionales.

3 Coreiformes.

4 De reposo. ✓

El temblor de la enfermedad de Parkinson es un temblor de reposo

Belloch clasifica el **temblor** en tres tipos según la frecuencia de las oscilaciones y su modo de aparición: estático o de reposo, intencional y postural. El **temblor de reposo** se da cuando el miembro afectado está apoyado sobre una superficie, no activamente contraído; suele ser fino, se observa a menudo en manos o dedos y **desaparece o disminuye** cuando la persona inicia un movimiento voluntario. Es característico del **Párkinson**, y por eso se conoce también como **temblor parkinsoniano**. El manual añade que en el Párkinson el temblor es más pronunciado en reposo, mientras que el temblor esencial empeora con el movimiento.

1. El temblor postural aparece al mantener una postura contra la gravedad, como los brazos extendidos, y se asocia a la ansiedad, el miedo o las encefalopatías.
2. El temblor intencional aparece al iniciar un movimiento voluntario, desaparece en reposo y es característico del temblor esencial y de las alteraciones del cerebelo.
3. La corea es un movimiento involuntario en forma de sacudida breve, rápida, irregular y aleatoria; el manual la describe aparte del temblor.
4. Es el temblor de reposo, también llamado temblor parkinsoniano.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, apdo. B.a, pág. 326.

EN EL ATLAS

Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

156

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 2

A los movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria, que se manifiesta en uno o varios grupos musculares o bien de forma generalizada en todo el cuerpo, se les denomina:

1. Acinesias de la Toruette.
2. Convulsiones. ✓
3. Tics.
4. Bradicinesias.

Las contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria son convulsiones

Belloch define las **convulsiones** por la contracción violenta, incontrolable y difusa de la **musculatura voluntaria**. Son características de la **epilepsia**, pero también se dan en traumatismos craneales, abstinencia al alcohol, tumores, trastornos metabólicos, lesiones congénitas o, en niños, asociadas a la fiebre. Según el área donde se inicia la crisis se clasifican en **focales** y **generalizadas**. El manual las agrupa entre los movimientos espasmódicos, junto a la corea, el balismo, la mioclonía y los tics.

1. Belloch define la acinesia como la pérdida de movimiento o la dificultad para iniciarlo, y el trastorno de la Tourette por la presencia de múltiples tics motores y vocales; ninguno de los dos describe contracciones violentas de la musculatura.
2. Es la definición de convulsiones de Belloch.
3. Los tics son movimientos involuntarios repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo, precedidos por una sensación de tensión y que pueden suprimirse durante un tiempo breve.
4. Las bradicinesias tampoco son contracciones violentas; Belloch las menciona al describir la corea de Huntington, junto a la corea y la distonía.

Ojo. El enunciado escribe «Toruette», errata por Tourette. Belloch no define la bradicinesia; la nombra solo como parte del cuadro de la corea de Huntington (pág. 339).

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. 322, 327-328 y 339.

EN EL ATLAS

Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

157 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

La fabricación de recuerdos para rellenar lagunas amnésicas puede constituir:

1 Un recuerdo deliroide.

2 Una fantasía amnésica.

3 Un falseamiento compulsivo.

4 Una confabulación. ✓

Fabricar recuerdos para rellenar lagunas en el síndrome amnésico es confabular

Belloch presenta la **pseudología fantástica** y la **confabulación** como dos ejemplos típicos de falsificación de los recuerdos, que se refieren al mismo fenómeno: la **fabricación de recuerdos para rellenar lagunas mnémicas**. El término confabulación se reserva para las falsificaciones que se dan en el **síndrome amnésico** con estado de conciencia lúcida, en las que el paciente puede inventarse recuerdos, sin intención de mentir, al intentar dar respuesta a cosas que no recuerda y tener así una continuidad mnémica. Es muy característica del **síndrome de Korsakoff** y puede producirse también en algunas demencias.

1 El término del manual es recuerdo delirante: la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o el «recuerdo» repentino de algo claramente delirante.

2 La «fantasía amnésica» no es una de las paramnesias del recuerdo de Belloch; la falsificación con contenido fantástico que el paciente llega a creerse es la pseudología fantástica.

3 El «falseamiento compulsivo» tampoco figura entre las paramnesias del recuerdo que describe Belloch.

4 Es la definición de confabulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 215; cap. 8, pág. 258.

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

158 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

A que trastorno corresponde la presencia de síntomas como los siguientes: estado general de confusión, desorientación espacial, personal y temporal, polineuropatías, incapacidad para reconocer a personas familiares y graves problemas de atención y memoria:

1 Confabulación.

2 Síndrome de Munchausen.

3 Fase de Wernicke. ✓

4 Síndrome de Pollystoff

Desorientación global, polineuropatía y no reconocer a los familiares definen la fase de Wernicke

Belloch explica que la **encefalopatía de Wernicke** y el **síndrome de Korsakoff** son entidades distintas que a menudo ocurren juntas, por el daño cerebral que causa la falta de tiamina, común en el alcoholismo. En la etapa de Wernicke aparecen ataxia cerebelosa, problemas oculares y **neuropatía periférica**; a nivel mental, los pacientes presentan un **estado confusional general**, con desorientación temporal, espacial y personal, **incapacidad para reconocer a personas familiares**, apatía, problemas de atención e incapacidad para mantener una conversación coherente. Con tratamiento con tiamina se pasa a la fase crónica de Korsakoff, con claridad de conciencia y una profunda alteración mnésica.

1 La confabulación es un síntoma, característico de la etapa de Korsakoff; el enunciado describe un cuadro completo con desorientación y polineuropatía.

2 Caballo describe el síndrome de Munchausen como la forma crónica del trastorno facticio, con fingimiento de una enfermedad inexistente y peregrinación de hospital en hospital.

3 Es el cuadro que Belloch atribuye a la etapa aguda de Wernicke.

4 El «síndrome de Pollystoff» no aparece en el corpus del Atlas.

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. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 17, pág. 562.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 72

159 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

Al trastorno degenerativo del cerebro que produce un declive gradual en la función intelectual, siendo los problemas de memoria unos de los primeros síntomas, se denomina:

1 Amnesia anterógrada.

2 Demencia. ✓

3 Delirium.

4 Amnesia funcional.

La demencia es un deterioro progresivo cuyos primeros síntomas suelen ser de memoria

Vallejo Ruiloba, en el capítulo de psicopatología de la memoria, define la **demencia** como un conjunto de trastornos orgánicos cuya característica esencial es el desarrollo de **múltiples déficits cognoscitivos** que producen un **declive progresivo** de la función intelectual. Los **problemas de memoria** son, frecuentemente, los primeros síntomas, pero a medida que avanza la enfermedad el deterioro intelectual y emocional se hace más global y severo. Añade que no todos los cuadros demenciales presentan el mismo patrón de alteración y propone separar las demencias corticales, como el Alzheimer, de las subcorticales.

1 La amnesia anterógrada es la incapacidad para retener información nueva, recibida después del comienzo de la amnesia, propia del síndrome amnésico.

2 Es la definición de demencia de Vallejo Ruiloba.

3 En el delirium, o cuadro confusional, las alteraciones de la conciencia, la atención y la percepción impiden el registro adecuado de la información, y el déficit de memoria es consecuencia de ellas.

4 La amnesia funcional es la que no tiene una etiología orgánica; los factores emocionales son los principales responsables de su aparición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43, pág. e-680. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 200 y 217.

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

160 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

A una forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares, de le denomina:

1 Caragnosia.

2 Paragnosia.

3 Anosagnosia.

4 Prosopagnosia. ✓

La incapacidad para reconocer caras familiares es la prosopagnosia

Belloch incluye las **agnosias** entre las paramnesias del reconocimiento: dificultad o incapacidad para reconocer cosas familiares, como objetos o caras, con los sentidos preservados, como consecuencia de lesiones cerebrales o de la degeneración de las áreas que integran la percepción, la memoria y la identificación. Dentro de la **agnosia visual** describe la **prosopagnosia**, la incapacidad para reconocer los rostros perfectamente conocidos, incluidos los de amigos cercanos. Vallejo Ruiloba la recoge entre las alteraciones de la conciencia corporal y añade que no parece exclusiva de las caras humanas.

1. La «caragnosia» no figura en el corpus del Atlas; el término para las caras es prosopagnosia.
2. Tampoco aparece la «paragnosia» en el corpus del Atlas.
3. La anosognosia es la falta de reconocimiento de la propia enfermedad o de las alteraciones que se padecen, muy característica en el Alzheimer.
4. Es la incapacidad para reconocer rostros perfectamente conocidos.

Ojo. El enunciado escribe «Anosagnosia», errata por anosognosia.

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. 215-216. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41, págs. e-651 y e-652.

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

161

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

El estado crepuscular implica:

1. La ausencia total de conciencia que se produce en trastornos circulatorios, cuadros tóxicos y traumatismos cerebrales.
2. Una ausencia total de conciencia, que es reversible si se llama al paciente por su nombre.
3. Un estrechamiento de la conciencia, con un enfoque atencional hacia vivencias interiores. ✓
4. Una ausencia de conciencia que se acompaña de una intensa contracción muscular.

El estado crepuscular estrecha la conciencia y la centra en vivencias internas

Belloch reserva el término **estados crepusculares** para las alteraciones de conciencia que pueden aparecer como consecuencia de la **epilepsia**, generalmente en crisis del lóbulo temporal. Son estados transitorios, de duración variable, con comienzo y final súbitos. Durante ellos se produce una ruptura de la continuidad de la conciencia y una **restricción de su contenido**, que se focaliza exclusivamente en determinadas **vivencias internas**, a veces con alucinaciones o delirios. Son característicos los **automatismos** y las conductas impulsivas, aunque el comportamiento puede parecer normal a un observador externo. Vallejo Ruiloba los sitúa entre los procesos que implican restricción de la conciencia.

1. La ausencia total de conciencia corresponde al coma, una forma prolongada de suspensión global de la conciencia; entre sus tipos más frecuentes están los tóxicos.
2. En el coma resulta imposible despertar al paciente a pesar de una estimulación intensa, así que una ausencia total de conciencia no revierte con solo llamarle por su nombre.
3. Es la restricción del contenido de la conciencia, centrada en vivencias internas, que describe Belloch.
4. Una pérdida de conciencia con contracción muscular intensa describe más bien una crisis convulsiva; en el estado crepuscular el comportamiento puede incluso parecer normal.

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. 133-134. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41, pág. e-652.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

162

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 4

La hiperprosexia se refiere a:

1. Predisposición a percibir y responder excluyendo los aspectos irrelevantes.
2. Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios.
3. Procesamiento que requiere atención consciente.
4. Distraibilidad e inestabilidad atencional. ✓

Belloch (2008) usa hiperprosexia como sinónimo de distraibilidad e inestabilidad atencional

La pregunta reproduce el glosario del capítulo de atención de Belloch (2008). Allí la **hiperprosexia** es un término que se utiliza como sinónimo de **distraibilidad** y de **inestabilidad atencional**: la atención se halla dirigida superficialmente a los estímulos de cada momento, siendo difícil concentrarla y mantenerla en un objeto. El manual toma esta categoría de la clasificación de Higueras, Jiménez y López (1979). Las otras tres opciones son definiciones del mismo glosario para la **preparación general**, la **hipervigilancia** y el **procesamiento controlado**. La edición vigente define la hiperprosexia de otro modo (ver «Ojo»).

1. En el glosario de 2008 es la definición de la preparación general (major set); se parece más a la hiperprosexia tal como la define la edición de 2020.
2. Es la definición de hipervigilancia del glosario, el escudriñamiento continuo del ambiente en búsqueda de determinadas señales o indicios.
3. Es la definición de procesamiento controlado, el que requiere atención consciente y consume capacidad y recursos atencionales.
4. Belloch (2008) dice que la hiperprosexia se utiliza como sinónimo de distraibilidad y de inestabilidad atencional.

LOS CUATRO TÉRMINOS DEL GLOSARIO DE BELLOCH (2008) QUE REPRODUCEN LAS OPCIONES

Término	Definición del glosario
Disposición o preparación general (major set)	Preparación que dispone al sujeto para percibir la situación y responder excluyendo los aspectos irrelevantes. Por tanto, el individuo puede dar una respuesta específica, apropiada y adaptativa
Hiperprosexia	Término que se utiliza como sinónimo de distraibilidad y de inestabilidad atencional
Hipervigilancia	Escudriñamiento continuo del ambiente en búsqueda de determinadas señales o indicios
Procesamiento controlado	Procesamiento que requiere atención consciente y por tanto consume capacidad y recursos atencionales; es relativamente lento y bastante flexible, en el sentido de que se puede adaptar a las demandas cambiantes de la situación o mundo estimular

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2008), vol. I, cap. 5, términos clave, pág. 134

Ojo. En la 3.ª ed. (Belloch, Sandín y Ramos, 2020, vol. I, cap. 5, pág. 124), vigente en el Atlas, la hiperprosexia se denomina también hiperconcentración o estrechamiento de la atención y se define como una focalización excesiva y transitoria de la atención sobre un estímulo, con exclusión de otros; la distraibilidad se describe aparte, como inestabilidad atencional (págs. 124-125). Con esa edición la opción 4 dejaría de valer y la 1 sería la más próxima. Vallejo Ruiloba (cap. 42, pág. e-657) advierte además que los viejos términos de hipo-hiperprosexia han desaparecido de los libros de texto actuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 125 y 134. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 124-125 y 127. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 42, pág. e-657.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

163

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

La alucinación extracampina se caracteriza porque:

1. Es una alucinación que se experimenta fuera del campo visual. ✓
2. Se trata de una variedad mórbida de la sinestesia.
3. La percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación.
4. La alucinación está en función de estímulos externos, apareciendo y desapareciendo con ellos.

La alucinación extracampina se experimenta fuera del campo sensorial

Belloch recoge las **alucinaciones extracampinas** entre las variantes fenomenológicas de la experiencia alucinatoria: se experimentan **fuera del campo visual o auditivo**, como ver a alguien sentado detrás mientras se mira de frente u oír voces en Madrid cuando se reside en Valencia. Hay que distinguirlas de la **sensación de presencia**, en la que el sujeto siente que hay alguien aunque no lo pueda oír ni ver. Las demás opciones describen otras variantes: la **alucinación refleja**, que Hamilton considera una variedad mórbida de la sinestesia, y la **alucinación funcional**, en la que la percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación.

1. Es la definición de alucinación extracampina.
2. Según Hamilton, la alucinación refleja es una variedad mórbida de la sinestesia, en la que un estímulo de una modalidad sensorial desencadena una alucinación en otra.
3. En la alucinación funcional el estímulo real y la alucinación se perciben a la vez y en la misma modalidad, y la percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación.
4. También es la alucinación funcional, cuya aparición está en función de estímulos externos, apareciendo y desapareciendo con ellos.

Trampa. Las opciones 3 y 4 copian dos frases seguidas de la definición de alucinación funcional; ninguna habla de la localización fuera del campo sensorial.

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. 164-165.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 150

164

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

La pareidolia es una experiencia respecto de la que se puede afirmar que:

1. El individuo proporciona organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado. ✓
2. Es una anomalía poco frecuente, que a veces aparece en los estados orgánicos y en la esquizofrenia.
3. El paciente es incapaz de establecer los nexos que habitualmente existen entre dos o más percepciones procedentes de modalidades sensoriales diferentes.
4. Las distintas cualidades sensoriales se funden en una única experiencia perceptiva.

La pareidolia da forma y significado a un estímulo ambiguo

Belloch describe la **pareidolia** como una modalidad especial de **ilusión** en la que el individuo proporciona una organización o estructura física y otorga un significado específico a un **estímulo ambiguo**, poco estructurado, sin una forma ni un significado concretos. Son ejemplos las caras que vemos en el perfil de una montaña, en las nubes o en las llamas de una chimenea. Las pareidolias **no son en absoluto patológicas** y ejemplifican una experiencia mental anómala no patológica, aunque en determinadas circunstancias pueden agravar un estado de ánimo alterado.

1. Es la definición de pareidolia de Belloch.
2. Que sea una anomalía poco frecuente, a veces presente en los estados orgánicos y en la esquizofrenia, es lo que Belloch dice de las anomalías en la integración perceptiva.
3. La incapacidad para establecer los nexos entre percepciones de modalidades sensoriales diferentes define también las anomalías en la integración perceptiva.
4. La fusión de cualidades sensoriales en una única experiencia corresponde a la aglutinación perceptiva, la percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada.

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 proceden del apartado contiguo del manual, el de la integración perceptiva.

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. 152-153.

EN EL ATLAS

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

165

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes alteraciones se clasifica como una distorsión perceptiva de la integración?:

1 Dismegalopsia.

2 Dismorfopsia.

3 Sinestesia. ✓

4 Metamorfopsia.

La sinestesia es una forma especial de integración perceptiva anómala

Belloch agrupa las distorsiones perceptivas en anomalías de la intensidad, de la cualidad, del tamaño o la forma y de la **integración perceptiva**. En estas últimas la persona parece incapaz de establecer los nexos entre percepciones de modalidades sensoriales diferentes, como en la escisión perceptiva, o percibe unidas sensaciones que se producen por separado, como en la aglutinación. Una forma especial de integración perceptiva anómala es la **sinestesia**: la activación de una vía sensorial diferente a la que se activa ante un estímulo, de modo que se experimenta, por ejemplo, una sensación visual al percibir un sonido. Las **metamorfopsias**, en cambio, son distorsiones del **tamaño** o de la **forma**.

1. La dismegalopsia es una metamorfopsia, una anomalía en la percepción del tamaño, con micropsias y macropsias.
2. La dismorfopsia es una metamorfopsia, una anomalía en la percepción de la forma.
3. Es la forma especial de integración perceptiva anómala que describe Belloch.
4. La metamorfopsia es el término general para las distorsiones en la percepción visual de la forma o del tamaño de los objetos.

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. 150-152.

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

Respuesta correcta: 4

La versión española del Listado de Conductas Infantiles (CBCL) de Achenbach:

1 Está baremada sólo para niños en edad escolar.

2 Carece de una versión para maestros.

3 Es aplicable a población general, pero no a la clínica.

4 Evalúa síndromes externalizantes e internalizantes. ✓

El CBCL agrupa sus escalas en síndromes interiorizados y exteriorizados

Del Barrio describe el **Listado de Conductas Infantiles** (CBCL) de Achenbach, que tiene una versión para padres y otra, aparecida más tarde, para maestros, y es aplicable a **población clínica y normal**. La escala para padres incluye un listado de 118 conductas que se contestan de 0 a 2, y sus subescalas, obtenidas por análisis factorial, se agrupan en **síndromes interiorizados**, como la depresión o las quejas somáticas, y **síndromes exteriorizados**, como la agresividad o la delincuencia. Existen baremos españoles para población **escolar y preescolar**. Izquierdo destaca su aproximación multifuente: informan la familia, el centro educativo o el propio menor.

1 Del Barrio recoge baremos españoles para población escolar y también preescolar.

2 Tiene una versión para maestros, el TRF, muy similar a la de padres.

3 Es aplicable a población clínica y normal.

4 Sus subescalas se agrupan en síndromes interiorizados y exteriorizados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 11 (Del Barrio, Evaluación clínica infantil y adolescente), págs. 424-425. 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. 19, pág. 126.

EN EL ATLAS

Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Del Barrio no es fuente de este tema. Se estudia con Izquierdo (Consulta).

167 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

¿Qué prueba del WISC-IV pertenece al índice de velocidad de procesamiento:

1 Dígitos.

2 Claves. ✓

3 Figuras incompletas.

4 Letras y números.

Claves forma parte del índice de velocidad de procesamiento del WISC-IV

Fernández-Ballesteros recoge en su apéndice la ficha del **WISC-IV**, que proporciona el CI total y cuatro índices: comprensión verbal, **razonamiento perceptivo**, **memoria de trabajo** y **velocidad de procesamiento**. El índice de velocidad de procesamiento evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz, y se mide con **Claves**, que consiste en copiar símbolos emparejados con números, y con Búsqueda de símbolos. En la tabla del caso que ilustra la ficha, Dígitos y Letras y números puntúan en memoria de trabajo, y Figuras incompletas, test complementario, en razonamiento perceptivo.

1. Dígitos pertenece al índice de memoria de trabajo, junto a Letras y números.
2. Claves y Búsqueda de símbolos forman el índice de velocidad de procesamiento.
3. Figuras incompletas es un test complementario que, en la tabla del caso, puntúa en razonamiento perceptivo.
4. Letras y números mide la memoria de trabajo: hay que repetir los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético.

Ojo. El comentario de partida cita Moreno Rosset (2003, pág. 626), que no está en el corpus. Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), Base del tema, describen ya el WISC-V y remiten las versiones anteriores de las escalas de Wechsler a Moreno y Orjales (2005), tampoco disponible (pág. 432).

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. 2-4 y 8-10. 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. 432 y 438. Moreno Rosset, C. (ed.) (2003). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 626 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se evalúa la ruta ortográfica o directa en los trastornos de escritura?:

1 Repetición de palabras.

2 Dictado de pseudopalabras.

3 Dictado de palabras homófonas (p. ej., vaca/baca). ✓

4 Deletreo de una palabra.

La ruta ortográfica se evalúa con palabras cuya escritura no se deduce del sonido, como los homófonos

Caballo, Salazar y Carrobles (2011) proponen evaluar la **ruta ortográfica o directa** de la escritura con el dictado de **palabras homófonas** (vaca/baca), presentando antes el significado de la palabra que hay que escribir, y la **ruta fonológica** con el dictado de pseudopalabras y de fonemas. Belloch (2008) explica la lógica de esas dos rutas: en la escritura hay una **vía léxica**, en la que se recupera la representación ortográfica directamente del léxico, y una vía indirecta, que obtiene la ortografía aplicando las reglas de transformación de fonemas en grafemas. Por eso los pacientes con disgrafía fonológica no pueden escribir pseudopalabras y los que tienen disgrafía superficial fallan con las palabras irregulares.

1 Repetir palabras es una tarea oral, que no exige recuperar ninguna representación ortográfica.

2 El dictado de pseudopalabras evalúa la ruta fonológica; como no tienen representación léxica, solo pueden escribirse aplicando las reglas fonema-grafema.

3 Los homófonos solo se escriben bien si se recupera la forma ortográfica de la palabra desde el léxico, porque su sonido admite dos grafías.

4 Deletrear una palabra no aísla la vía léxica: si la palabra es regular, puede resolverse aplicando las reglas fonema-grafema.

Ojo. La obra del comentario de partida, Caballo, Salazar y Carrobles (2011, 1.ª ed., págs. 172-173), no está en el corpus ni en C:\Drive; las ediciones del corpus (2014 y 2024) no recogen el dictado de homófonos (búsqueda de «homófon» en todo el corpus). Belloch (2008) sostiene la lógica de las dos rutas, pero no menciona esa tarea, y el razonamiento de las opciones 1 y 4 se apoya en esa lógica, sin una frase del manual que lo diga.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2011). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Pirámide. Págs. 172-173 (no está en el corpus). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 21, pág. 577.

EN EL ATLAS: Tema B25 · Trastornos del aprendizaje. Se estudia con Belloch 2008 (Base).

169

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

En el caso de fobia a la oscuridad ¿Cómo se presenta el estímulo fóbico al niño en la prueba de tolerancia?:

1. Sin gradación, con elevada intensidad desde el principio. ✓
2. Con gradación, de menor a mayor intensidad.
3. Sin gradación, con intensidad moderada desde el principio.
4. Con gradación, de mayor a menor intensidad.

La prueba de tolerancia presenta el estímulo fóbico sin gradación y con intensidad elevada desde el principio

Caballo y Simón explican que en la **observación en situaciones artificiales** la interacción con los estímulos fóbicos puede graduarse, como en las **pruebas de aproximación conductual**, o no, como en las **pruebas de tolerancia**. Estas se enmarcan en el contexto de la inundación: observan al niño cuando interactúa con estímulos fóbicos de **elevada intensidad**. En la de tolerancia a la oscuridad se le pide que aguante todo lo que pueda en una habitación completamente a oscuras. Méndez, Orgilés y Espada añaden que la instrucción de **actuación máxima** puede producir sensibilización o incubación del miedo, por lo que es preferible la de actuación típica.

1. Las pruebas de tolerancia presentan el estímulo fóbico sin gradación, con elevada intensidad desde el principio.
2. La presentación graduada, de menor a mayor intensidad, es la de las pruebas de aproximación conductual.
3. Las pruebas de tolerancia no gradúan el estímulo y lo presentan con elevada intensidad desde el principio.
4. Ninguna de las dos modalidades presenta el estímulo de mayor a menor intensidad; la graduada va de menos a más.

Ojo. La 4.ª ed. del manual de terapia de conducta en la infancia (Vallejo y Rodríguez, 2022, cap. 3, pág. 130), vigente en el Atlas, habla de test de evitación o aproximación conductual, que evalúan también el tiempo que el menor es capaz de tolerar la exposición, pero no describe las pruebas de tolerancia (búsqueda en todo el libro). Por eso se cita además la 3.ª ed. (Comeche y Vallejo, 2016), que el corpus guarda como obra de consulta.

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, págs. 70-71. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 3 (Méndez, Orgilés y Espada, Miedos y fobias infantiles), apdo. 4.2, pág. 118. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, apdo. 4.4, pág. 130.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 192

170 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 3

¿Qué información se tiene que recabar para elaborar el análisis topográfico de la conducta agresiva en la infancia?:

1 Resistencia de la conducta agresiva.

2 Relación entre los antecedentes y consecuentes de la conducta agresiva.

3 Frecuencia, intensidad, duración de la conducta agresiva. ✓

4 Historia de la conducta agresiva.

El análisis topográfico de la conducta agresiva recoge su frecuencia, intensidad y duración

Caballo y Simón (2001), la obra del comentario de partida, distinguen el **análisis topográfico**, que determina las características de la respuesta agresiva (la **frecuencia, intensidad y duración** de los episodios de agresión verbal o motora), del **análisis funcional**, que identifica las relaciones entre la conducta y las variables que la controlan o mantienen, sus antecedentes y consecuencias. En el corpus, Vallejo y Vallejo-Slocker recogen la misma distinción en su tabla de directrices del análisis funcional de la agresividad: el análisis topográfico pregunta por la frecuencia, intensidad y duración de los periodos de agresión, mientras que la **historia** del comportamiento agresivo y sus **determinantes** son apartados distintos.

1 La resistencia de la conducta no figura entre los datos del análisis topográfico, que se centra en frecuencia, intensidad y duración.

2 La relación con antecedentes y consecuentes es objeto del análisis funcional; en la tabla de Vallejo corresponde a los determinantes de la agresividad.

3 Son los tres parámetros del análisis topográfico.

4 La historia del comportamiento agresivo (cuándo y cómo surgió y cómo ha ido cambiando) es un apartado distinto del análisis topográfico.

Ojo. Caballo y Simón (2001), Manual de psicología infantil y del adolescente: trastornos específicos, no está en el corpus ni en C:\Drive; se cita con los datos del comentario de partida. La obra del corpus más cercana es Vallejo y Vallejo-Slocker (2023), cuya tabla se refiere a pacientes adultos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos. Pirámide. Pág. 64 (no está en el corpus). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 8 (Rodríguez Muñoz et al., Violencia, impulsividad e ira), tabla 4, pág. 541.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

171

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Qué test NO es una prueba para evaluar el desarrollo general en la infancia?:

1. Inventario de Desarrollo de Levinson. ✓
2. Inventario de Desarrollo Battelle.
3. Escala de Desarrollo de Brunet-Lèzine.
4. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil.

El Inventario de Desarrollo de Levinson no es una prueba de desarrollo infantil

Moreno Rosset y Ramírez Uclés describen como test de evaluación del desarrollo de aplicación individual las **Escalas Bayley de Desarrollo Infantil-III** y las escalas Merrill-Palmer revisadas, y remiten otros instrumentos generales del desarrollo, como el **Battelle**, a sus contenidos en línea. Izquierdo señala que las pruebas más conocidas con adaptación española son las Bayley-III y las Merrill-Palmer revisadas, y que durante muchos años se han usado también la **Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet-Lézine** y el **Inventario de Desarrollo Battelle**. Ningún manual del corpus recoge un **inventario de desarrollo de Levinson**.

1. No figura entre las pruebas de desarrollo que recogen los manuales; es la única opción que no lo es.
2. El Inventario de Desarrollo Battelle se ha usado durante muchos años, según Izquierdo, y Moreno Rosset lo cita entre los instrumentos generales del desarrollo.
3. La Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet-Lézine también se ha usado durante muchos años para evaluar el desarrollo.
4. Las Escalas Bayley-III son, según Izquierdo, la prueba de uso más extendido y valoran a niños de entre 15 días y 42 meses.

Ojo. El comentario de partida cita Moreno Rosset (2003, págs. 525-547), que no está en el corpus; según ese comentario, los instrumentos generales de desarrollo eran la Brunet-Lézine, las Bayley, el Battelle y el Currículo Carolina.

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. 12, apdo. 3, págs. 430-431. 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. 19, pág. 125. Moreno Rosset, C. (ed.) (2003). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Págs. 525-547 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 38

172

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Las cifras de prevalencia de los problemas depresivos:

1. Han decrecido en las últimas décadas.
2. Son mayores en el ámbito rural que en el urbano.
3. Son mayores en mujeres que en hombres. ✓
4. No muestran diferencias en función del sexo.

La depresión es más prevalente en las mujeres que en los hombres

El DSM-5 indica que, en el trastorno de depresión mayor, **las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres**. La prevalencia a los 12 meses en Estados Unidos ronda el **7 %**, y es tres veces mayor entre los 18 y los 29 años que a partir de los 60. El DSM-5-TR presenta la mayor prevalencia en las mujeres como el **hallazgo más reproducible** de la epidemiología de la depresión.

1. El DSM-5-TR recoge lo contrario: en Estados Unidos la prevalencia aumentó de 2005 a 2015, sobre todo en los grupos más jóvenes.
2. Es al revés: Belloch (2008) indica que el trastorno depresivo mayor es hasta dos veces más frecuente en el medio urbano que en el rural, y la distimia, casi el doble. El DSM no da este dato.
3. Es el dato del DSM-5.
4. La diferencia por sexo es el hallazgo más reproducible de la epidemiología de la depresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, pág. 165.
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 249.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 115, PIR 2023 · n.º 80

173

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

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

Respuesta correcta: 4

La “hipótesis permisiva de la depresión” hace referencia a:

1 Factores educacionales.

2 Factores socioculturales.

3 Relaciones de pareja.

4 Déficits funcionales en serotonina y catecolaminas. ✓

La hipótesis permisiva explica la depresión por un déficit de serotonina unido a otro de catecolaminas

Belloch (2008) relaciona el papel de la **serotonina** en la depresión con la actividad catecolaminérgica a través de la **hipótesis permisiva de la depresión**. Según ella, un **déficit funcional** de la neurotransmisión serotoninérgica predispone a la aparición de un trastorno afectivo, y el estado depresivo se presenta si la **neurotransmisión catecolaminérgica** también es deficitaria; si está aumentada, la manifestación es de tipo hipertímico o maníaco. El manual añade que el déficit de serotonina tiene una acción **predisponente** y que hace falta la alteración de otros neurotransmisores para que la depresión se presente clínicamente. Caballo et al. (2024) la sitúan entre las teorías biológicas de la neurotransmisión.

1 Los factores educacionales son factores psicosociales; la hipótesis permisiva se formula solo en términos de neurotransmisión.

2 Los factores socioculturales tampoco forman parte de la hipótesis, que Caballo et al. agrupan con las teorías biológicas de la neurotransmisión.

3 Las relaciones de pareja son experiencias del contexto del sujeto, el terreno de las teorías psicológicas que Caballo et al. separan de las biológicas.

4 Es el contenido de la hipótesis: un déficit funcional de serotonina que predispone y un déficit de catecolaminas que hace aparecer el estado depresivo.

Para fijarlo. La serotonina baja abre la puerta; las catecolaminas deciden si se entra en la depresión o en la manía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 308. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, págs. 390-391.

EN EL ATLAS: Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

174

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

P. Lewinson, en su teoría sobre la depresión, postula que los responsables primarios de dicho trastorno son:

1 Los factores ambientales. ✓

2 Los factores hereditarios.

3 La inseguridad en uno mismo.

4 El déficit en las conductas de autobservación.

Lewinsohn sitúa en el ambiente la causa primaria de la depresión y en la autoconciencia su mediador

Belloch (2008) presenta la **teoría de la autofocalización** de Lewinsohn et al. (1985) como un intento de integrar su anterior modelo conductual con los hallazgos cognitivos y con la psicología social de la autoconciencia. Siguiendo la tradición conductual, Lewinsohn y su equipo postulan que los **factores ambientales** son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían sus efectos. La principal variable mediadora sería un aumento de la **autoconciencia**, es decir, de la atención que la persona dirige hacia sí misma en lugar de hacia el ambiente, resultado de sus **esfuerzos infructuosos** por resolver los acontecimientos estresantes. La cadena empieza con un suceso antecedente, un estresor, que interrumpe patrones adaptativos de conducta.

1. Es la tesis de la teoría: el ambiente es el responsable primario y lo cognitivo media sus efectos.
2. La predisposición genética es la vía que Belloch (2020) atribuye a los modelos biológicos; en la lista de vulnerabilidades de Lewinsohn no figura la herencia.
3. La baja autoestima aparece entre las características de vulnerabilidad que enumera Lewinsohn, que la teoría separa de la causa primaria ambiental.
4. El déficit en las conductas de autoobservación es la primera condición del modelo de autocontrol de Rehm, que Belloch (2008) expone en el apartado anterior.

Ojo. Belloch (2020, cap. 6, pág. 217) resume en un mismo párrafo la teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn y los déficits en las conductas de autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento), que en la edición de 2008 (pág. 286) se atribuyen al modelo de Rehm (1977). Con la edición vigente la opción 4 puede parecer cercana, pero la idea de que el ambiente es el responsable primario solo se formula de forma literal en la edición de 2008.

Trampa. La opción 4 toma un elemento del modelo de autocontrol de Rehm, que se explica justo antes que Lewinsohn en el mismo capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 286-288. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-217.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

175

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes opciones se refiere a características más específicas del fenómeno de flashback?:

1. Recuerdos invasivos recurrentes de lo sucedido.
2. Revivir lo sucedido con pensamientos e imágenes como si estuviese ocurriendo ahora mismo. ✓
3. Amnesias psicógenas referidas a algún aspectos del acontecimiento traumático.
4. Reacciones fisiológicas intensas ante estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático.

El flashback añade al recuerdo invasivo la vivencia de que el suceso está ocurriendo ahora

Belloch (2020) insiste en distinguir dos síntomas de **reexperimentación** del TEPT. Los **pensamientos invasivos** son recuerdos, muy vívidos, recurrentes de lo que sucedió antes y durante el suceso traumático. Un **flashback**, en cambio, supone además **revivir el acontecimiento** con pensamientos e imágenes (personas, luces, sonidos, olores) **como si estuviese ocurriendo ahora mismo**. La intensidad de la vivencia y su carácter impredecible generan a menudo una sensación de terror. Caballo et al. (2024) recogen la misma distinción con las mismas palabras. Lo específico del flashback es, por tanto, la vivencia en presente, que es lo que describe la opción 2.

1. Los recuerdos invasivos recurrentes son los pensamientos invasivos, que el flashback incluye pero que también aparecen sin él; no son lo más específico.
2. Es lo que el manual añade para definir el flashback: revivir el suceso con pensamientos e imágenes como si estuviera ocurriendo ahora mismo.
3. La amnesia disociativa, la imposibilidad de recordar información del acontecimiento, se asocia a los sucesos traumáticos como un fenómeno distinto de la reexperimentación.
4. Los criterios del DSM-5 que reproduce la tabla 4.2 (trastorno de estrés agudo) recogen las reacciones fisiológicas importantes ante lo que se parece al suceso como un síntoma de intrusión distinto de las reacciones disociativas, como las escenas retrospectivas.

Trampa. La opción 1 también forma parte del flashback, pero la pregunta pide la característica más específica, la que lo separa del pensamiento invasivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 111-112 y tabla 4.2. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, pág. 314.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

176

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la edad de mayor riesgo para el inicio de la fobia social?:

1 Infancia.

2 Adolescencia. ✓

3 Madurez.

4 Senectud.

El trastorno de ansiedad social suele empezar en la adolescencia

La **fobia social**, hoy **trastorno de ansiedad social**, es un trastorno de inicio temprano. Según el DSM-5, la **edad media de inicio** en Estados Unidos es de **13 años** y el 75 % de los casos empieza **entre los 8 y los 15**. A veces surge de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia, y la primera aparición en la edad adulta es relativamente rara. Caballo sitúa el inicio típico en la **mitad de la adolescencia**, con los 12 a 18 años como periodo más frecuente, y recuerda que la aparición después de los 25 años es bastante rara.

1. Puede empezar en la primera infancia, y a veces emerge de una timidez infantil, pero el periodo de mayor riesgo es la adolescencia.
2. Es el periodo en que se concentra el inicio, con una media de 13 años.
3. La primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y suele seguir a un acontecimiento estresante o humillante o a cambios vitales que exigen nuevos roles sociales.
4. En las personas mayores el DSM-5 describe niveles más bajos de ansiedad social y una prevalencia que disminuye con la edad.

Ojo. El DSM-IV en castellano del corpus (Masson, 1995) dice que la fobia social aparece típicamente «a mediados de la edad adulta» (pág. 424). Contradice al DSM-5, al DSM-5-TR y a los manuales, que coinciden en la adolescencia, así que en una pregunta de edad de inicio manda la adolescencia.

Para fijarlo. Trece años de media: el trastorno de ansiedad social suele estrenarse con la adolescencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: 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, págs. 207-208.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 117, PIR 2017 · n.º 44

177

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes aspectos diferencia el trastorno de pánico de una fobia específica, según el DSM (IV-TR y 5)?:

1. La presencia de ataques de pánico.
2. La intensidad de los ataques de pánico (mayor en el trastorno de pánico).
3. Los síntomas presentes durante el ataque de pánico.
4. El tipo de ataque de pánico: inesperado en el trastorno de pánico, y situacional en la fobia. ✓

El trastorno de pánico se define por crisis inesperadas y la fobia específica por crisis ligadas al estímulo temido

El DSM-IV distinguía tres tipos de **crisis de angustia**, hoy ataques de pánico, según su relación con los desencadenantes, las **inesperadas**, las **situacionales** y las más o menos relacionadas con una situación. El diagnóstico de trastorno de angustia, hoy trastorno de pánico, exigía crisis inesperadas, y las situacionales eran más características de las fobias sociales y específicas. El DSM-5 mantiene la idea con otros términos, **esperadas e inesperadas**. Se diagnostica fobia específica si las crisis solo aparecen ante el objeto o la situación temidos, y trastorno de pánico si también hay crisis inesperadas. Lo que separa ambos cuadros es el tipo de crisis, y no su presencia, su intensidad ni sus síntomas.

1. Las personas con fobia específica también pueden tener ataques de pánico ante la situación o el objeto temidos, así que la mera presencia de crisis no los diferencia.
2. El manual no usa la intensidad para separarlos. En el trastorno de pánico hay ataques completos o de síntomas limitados, y en la fobia específica el miedo puede tomar la forma de una crisis completa o limitada.
3. Los síntomas son los mismos, la lista de 13 del ataque de pánico, que puede presentarse en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad.
4. Recoge la distinción del manual, con crisis inesperadas en el trastorno de pánico y situacionales (esperadas, en la terminología del DSM-5) en la fobia.

LOS TRES TIPOS DE CRISIS DE ANGUSTIA DEL DSM-IV

Tipo	Cómo aparece	Dónde es más característica
Inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales)	El inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales	Trastorno de angustia, que requiere la presencia de crisis inesperadas
Situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales)	Aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo	Fobias sociales y específicas
Más o menos relacionadas con una situación determinada	Tienen más probabilidades de aparecer al exponerse a ciertos estímulos, aunque no siempre existe esta asociación	Especialmente frecuentes en el trastorno de angustia; también pueden aparecer en la fobia específica o en la fobia social

Fuente: APA (1995), DSM-IV, Trastornos de ansiedad, pág. 403

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de ansiedad, crisis de angustia, pág. 403. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, pág. 202; trastorno de pánico, pág. 209.

EN EL ATLAS Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 113

Respuesta correcta: 3

¿Qué tipo de expectativas incluye el modelo cognitivo de Reiss para la explicación de las fobias?:

1 Expectativas de ansiedad y expectativas de preocupación.

2 Expectativas de daño y expectativas de peligro.

3 Expectativas de ansiedad y expectativas de peligro. ✓

4 Expectativas de ansiedad y expectativas de asco.

El modelo de Reiss distingue entre expectativas de ansiedad y expectativas de peligro

Belloch (2020) explica que las fobias pueden adquirirse sin asociación por contigüidad EC-EI. Basándose en el **neocondicionamiento pavloviano**, Reiss (1980) elaboró un modelo según el cual lo que se aprende en el condicionamiento son expectativas sobre la ocurrencia o no de un evento, por lo que suele llamarse **modelo de expectativa**. El manual lo resume así: distingue entre **expectativas de ansiedad** y **expectativas de peligro**. Además integra aspectos operantes, como el reforzamiento negativo y el autorreforzamiento. En sus revisiones, Reiss y McNally (1985) añadieron la **sensibilidad a la ansiedad**, que con Reiss (1991) pasó a ser el aspecto nuclear del modelo, y la tabla 2.4 completa los seis conceptos de expectativa y sensibilidad.

1. La preocupación no figura entre los conceptos del modelo; la tabla 2.4 solo recoge expectativas y sensibilidades de peligro, ansiedad y evaluación social.
2. El daño aparece en el modelo como sensibilidad al daño físico personal, y la expectativa que se refiere a un daño del medio físico externo es la expectativa de peligro.
3. Son los dos tipos de expectativas que distingue el modelo en su formulación original.
4. La sensibilidad al asco es otro constructo, que el manual estudia en el apartado siguiente en relación con las fobias a ciertos animales y a la sangre.

TABLA 2.4. CONCEPTOS DE «EXPECTATIVA» Y «SENSIBILIDAD» EN EL MODELO DE EXPECTATIVA DE LA ANSIEDAD

Concepto	Definición
Expectativa de peligro	Expectativa sobre un peligro/daño del medio físico externo (p. ej., «Es probable que el avión se caiga»).
Sensibilidad al daño	Sensibilidad al daño físico personal (p. ej., «No puedo soportar ser lastimado»).
Expectativa de ansiedad	Expectativa sobre la posibilidad de experimentar ansiedad o estrés (p. ej., «Sé que volar es seguro, pero puedo tener un ataque de pánico durante el vuelo»).
Sensibilidad a la ansiedad	Sensibilidad a experimentar ansiedad (p. ej., «Puedo tener un ataque al corazón si experimento pánico»).
Expectativa de evaluación social	Expectativa de reaccionar de tal forma que lleve a una evaluación negativa (p. ej., «No seré capaz de dominar mi miedo a volar»).
Sensibilidad a la evaluación social	Sensibilidad a la evaluación negativa (p. ej., «Siento vergüenza cuando fallo en algo»).

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 2, tabla 2.4, pág. 43 (elaborado a partir de Reiss, 1991)

Ojo. El comentario de partida cita Belloch (2008), vol. II, cap. 4, pág. 106, que recoge el mismo modelo y los mismos seis conceptos. En la edición vigente el aspecto nuclear del modelo es ya la sensibilidad a la ansiedad, pero la distinción original entre expectativas de ansiedad y de peligro se mantiene.

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. 42-43 y tabla 2.4. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 106-107.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

179

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Para hacer un diagnóstico de Trastorno de Pánico según DSM (DSM-IV-TR y DSM-5) ¿Cuál de los siguientes aspectos es imprescindible?:

1. Que se hayan dado al menos tres ataques de pánico.
2. Que los ataques de pánico hayan dado lugar a respuestas de evitación.
3. Que los ataques de pánico se acompañen de una alta hipervigilancia a las sensaciones físicas.
4. Que se hayan descartado causas biológicas (i.e. uso de sustancias o condición médica general) de los síntomas. ✓

Para diagnosticar trastorno de pánico hay que descartar las sustancias y otras afecciones médicas

El DSM-5 define el **trastorno de pánico** con cuatro criterios. El A pide **ataques de pánico imprevistos recurrentes**. El B, que al menos uno vaya seguido de un mes o más de preocupación por nuevos ataques o de un cambio desadaptativo de conducta. El **criterio C** exige que la alteración no pueda atribuirse a los **efectos fisiológicos de una sustancia** ni a **otra afección médica**, como el hipertiroidismo o los trastornos cardiopulmonares. Y el D, que no se explique mejor por otro trastorno mental. De las cuatro opciones, solo la exclusión de causas orgánicas o por sustancias es obligatoria.

1. Recurrente significa más de una crisis inesperada; el manual no fija un mínimo de tres.
2. El criterio B se cumple con la preocupación persistente por nuevos ataques o con un cambio desadaptativo de conducta, uno de los dos o ambos. La evitación es solo un ejemplo de ese cambio.
3. La hipervigilancia a las sensaciones físicas no figura entre los criterios del trastorno.
4. Es el criterio C, igual en el DSM-5 y en el DSM-5-TR.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de pánico, págs. 208-209.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 84

180

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Qué neurotransmisor se ha asociado con el desarrollo del Trastorno Obsesivo Compulsivo?:

1. Serotonina. ✓
2. Dopamina.
3. Noradrenalina.
4. Somatostatina.

La serotonina es el neurotransmisor que primero y con más fuerza se ha asociado al TOC

Caballo et al. (2024) recogen entre los modelos biológicos del TOC la **hipótesis de la serotonina**, según la cual el origen del trastorno sería un **déficit** o disminución de los niveles de serotonina o una alteración de los receptores serotonérgicos. Se apoya en que algunos de los psicofármacos que mejor funcionan en el TOC son **inhibidores de la recaptación de serotonina**. En la 9.ª ed. del manual de Vallejo, Menchón et al. explican que fue una de las primeras hipótesis y que surgió de la eficacia de la **clomipramina**, un antidepresivo predominantemente serotoninérgico, frente a los antidepresivos noradrenérgicos, apoyada después por la eficacia de los ISRS. Belloch (2020) añade que el TOC y los trastornos relacionados responden de forma similar a los ISRS.

1. Es el neurotransmisor de la hipótesis bioquímica principal del TOC, sostenida por la respuesta a la clomipramina y a los ISRS.
2. La dopamina también se ha implicado, porque su liberación provoca conductas repetitivas y estereotipias, pero como posible exceso propuesto por otros estudios, en segundo plano respecto a la serotonina.
3. La noradrenalina aparece en el origen de la hipótesis serotoninérgica como contraste, porque los antidepresivos noradrenérgicos resultaron menos eficaces que la clomipramina.
4. Ninguna de las obras consultadas relaciona la somatostatina con el TOC.

Ojo. Las fuentes matizan la fuerza de la asociación. Caballo et al. (2024) advierten que no está claro que las personas con TOC tengan niveles de serotonina distintos de los de personas con otros trastornos, y Menchón et al. (2025) concluyen que la evidencia de una implicación directa del sistema serotoninérgico en la etiología del TOC todavía es débil y que probablemente intervienen varios sistemas, entre ellos el dopaminérgico y el glutamatérgico. La clave se sostiene porque la serotonina es el neurotransmisor que más se ha asociado al TOC. El comentario de partida cita la edición de 2006 del manual de Vallejo (págs. 423-424), que no está en el corpus; se cita la 9.ª ed. (2025), que sí está.

Trampa. La dopamina tiene apoyo en las fuentes; la pregunta pide el neurotransmisor asociado de forma más directa, que es la serotonina.

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. 9, págs. 272-273. Bulbena, A. y Cardoner, N. (dirs.) (2025). Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (9.ª ed.). Elsevier. Cap. 28 (Menchón, Alonso, Segalàs y Vallejo, Trastornos obsesivos), apdo. Estudios neuroquímicos (edición digital sin paginar). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 137. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2006). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson. Págs. 423-424 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

181

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes acontecimientos traumáticos tiene una mayor probabilidad de llevar a un Trastorno de Estrés Postraumático?:

1. Un terremoto.
2. Un accidente de tráfico.
3. Una agresión sexual. ✓
4. Un accidente ferroviario con victimas múltiples.

Las agresiones sexuales producen TEPT con más frecuencia que los desastres y los accidentes

El riesgo de TEPT depende de la naturaleza del suceso. Echeburúa y Corral, en Belloch, explican que algunos sucesos ocasionan el trastorno con mucha mayor frecuencia, como la **tortura**, los **secuestros** o las **agresiones sexuales**, mientras que otros lo producen solo ocasionalmente, como los **desastres naturales** o los accidentes de coche. El cuadro tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso es obra del ser humano. El DSM-5 lo confirma, porque las tasas más altas, de un tercio a más de la mitad de los expuestos, se dan entre los supervivientes de **violación**, combate militar, cautiverio y genocidio.

1. Un terremoto es un desastre natural, el tipo de suceso que produce el trastorno solo ocasionalmente.
2. Los accidentes de coche figuran en el manual entre los sucesos que causan TEPT de forma ocasional.
3. La agresión sexual es intencionada e interpersonal, y la violación encabeza las tasas más altas de TEPT en el DSM-5.
4. Aunque haya víctimas múltiples, un accidente ferroviario es un suceso accidental. Belloch pone los choques de trenes entre los accidentes, que dan menos TEPT que las agresiones intencionadas.

Para fijarlo. Cuanto más intencionado e interpersonal es el daño, más probable es el TEPT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 138. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, pág. 276.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 199

182

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el síntoma primario del Trastorno de Ansiedad Generalizada?:

1 La hiperlabilidad de la activación del sistema nervioso autónomo.

2 Las respuestas de evitación generalizadas.

3 La responsabilidad exagerada.

4 La preocupación excesiva e incontrolada. ✓

La preocupación excesiva e incontrolable es el núcleo del trastorno de ansiedad generalizada

Desde el DSM-IV, la característica esencial del **trastorno de ansiedad generalizada** es la **ansiedad y la preocupación excesivas** (expectación o anticipación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos durante más de 6 meses (criterio A), con **dificultad para controlarlas** (criterio B). A esa preocupación se suman al menos tres de seis síntomas, que son inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. El DSM-5 mantiene el mismo núcleo y añade que los síntomas de **hiperactividad vegetativa** son menos prominentes en este trastorno que en otros trastornos de ansiedad, como el de pánico.

1 La hiperactividad vegetativa (ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) es menos prominente en el trastorno de ansiedad generalizada que en el de pánico.

2 La evitación no forma parte de los criterios del trastorno, que se centran en la preocupación y en sus síntomas acompañantes.

3 La responsabilidad exagerada no aparece en la descripción del trastorno ni en sus criterios.

4 Es el síntoma central de los criterios A y B.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 444 y 447-448. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 119, PIR 2018 · n.º 122

183

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes elementos es más central en el modelo cognitivo de los Trastornos Obsesivos Compulsivos?:

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

En el modelo cognitivo del TOC las valoraciones de responsabilidad excesiva convierten un pensamiento intruso en obsesión

Belloch (2020) explica que el modelo cognitivo del TOC parte de los **pensamientos intrusos** normales: el problema surge cuando la persona hace una **valoración disfuncional** de su aparición o de su contenido, influida por creencias sobre los pensamientos y la necesidad de controlarlos. Para Salkovskis, la escalada de un pensamiento intruso a una obsesión se produce cuando el individuo lo evalúa como significativo porque se siente **responsable** de sus consecuencias nocivas o de impedir que sucedan. Desde su primera formulación postuló que las valoraciones erróneas de **responsabilidad** en relación con el daño asociado al pensamiento eran específicas del TOC, y que las estrategias de **neutralización** fortalecen esas creencias. La responsabilidad excesiva figura además entre las creencias disfuncionales nucleares del trastorno.

1. El modelo afirma lo contrario: las obsesiones nacen de las valoraciones y creencias disfuncionales sobre los pensamientos intrusos.
2. La hipervigilancia, el escudriñamiento continuo en busca de señales externas o internas, la describe el manual en distintos trastornos de ansiedad; no es el eje del modelo cognitivo del TOC.
3. Es la creencia que Salkovskis sitúa en el núcleo del modelo y que considera específica del TOC.
4. Las expectativas de peligro y de ansiedad son los conceptos del modelo de expectativa de Reiss para la ansiedad y las fobias.

Trampa. La opción 4 toma el vocabulario del modelo de expectativa de Reiss, que aparece en la misma convocatoria (pregunta 178).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 156-157 y 160-161; cap. 2, pág. 43. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 127.

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 2

Decimos que una persona deprimida sufre “anhedonia” cuando:

1 Expresa sentimientos de tristeza.

2 Sufre una disminución de sus emociones positivas y del disfrute vital. ✓

3 Presenta un nivel de actividad disminuido y falta de motivación para realizar actividades.

4 En la depresión se detecta un riesgo de suicidio.

La anhedonia es la pérdida de las emociones positivas y de la capacidad de disfrutar

Belloch (2020) agrupa el síndrome depresivo en cinco grandes núcleos. Dentro de los **síntomas anímicos**, la tristeza es el síntoma por excelencia, pero las emociones negativas no son específicas de la depresión. Unidas a una **disminución paralela de las emociones positivas** o de la **capacidad de disfrute** con las cosas normales de la vida, la llamada **anhedonia**, constituyen una característica más distintiva de la depresión frente a otros cuadros. El manual la define como la pérdida en la capacidad para anticipar (anhedonia anticipatoria) o disfrutar (anhedonia consumatoria) experiencias positivas o recompensas. La apatía y la falta de motivación se describen aparte, entre los **síntomas motivacionales y conductuales**.

1 La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, pero es otro síntoma distinto de la anhedonia.

2 Es la definición del manual: disminución de las emociones positivas y de la capacidad de disfrute.

3 La apatía y la falta de motivación pertenecen a los síntomas motivacionales y conductuales, que en su forma más grave llegan al retardo psicomotor.

4 Detectar un riesgo de suicidio no describe ningún síntoma anímico; la anhedonia se define por la pérdida de la capacidad de disfrutar.

Trampa. La opción 3 es el núcleo motivacional, muy próximo a la anhedonia en la clínica, pero el manual los separa en núcleos distintos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 204-205.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

185

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

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

La teoría de la preparación explica que el miedo se condicione con más facilidad a estímulos con significado evolutivo

Belloch (2020) expone la **teoría de la preparación** de las fobias (Seligman, 1971). Su idea central es que no todos los estímulos se condicionan por igual a las respuestas de miedo; frente al principio de **equipotencialidad**, ciertos estímulos pueden asociarse más fácilmente al miedo. Seligman generalizó a las fobias la idea del grupo de García y la basó en cuatro principios, el primero de los cuales es la **selectividad**: un ser humano puede desarrollar fácilmente una fobia a los animales, pero difícilmente a los pijamas. Las fobias son instancias de **aprendizaje preparado**, con un significado biológico evolutivo. Por eso un insecto, que remite a peligros de la historia de la especie, se condiciona mejor que un mando a distancia, un objeto tecnológico.

1. El modelo bifactorial de Mowrer explica por qué se mantiene el miedo, mediante la evitación reforzada negativamente, pero no por qué unos estímulos se condicionan mejor que otros.
2. Es la teoría que explica la selectividad de las fobias por la preparación evolutiva de la especie.
3. La teoría de la incubación de Eysenck explica la paradoja neurótica, el incremento de la ansiedad ante la presentación breve del estímulo condicionado sin reforzar.
4. El modelo de expectativa de Reiss se basa en el neocondicionamiento pavloviano y en las expectativas de ansiedad y de peligro, sin referirse a la selectividad de los estímulos.

Para fijarlo. La evolución ha dejado a las arañas en la lista de sospechosos; a los mandos a distancia todavía no.

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. 39-43.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 3

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

1 Tres días.

2 Una semana.

3 Un mes. ✓

4 Tres meses.

El trastorno de estrés agudo solo se diagnostica hasta un mes después del trauma

El **criterio C** del **trastorno de estrés agudo** fija su ventana temporal, porque los síntomas duran de **3 días a 1 mes** después de la exposición al trauma. El DSM-5 lo explica en las características diagnósticas: el cuadro completo debe presentarse durante al menos los 3 días posteriores al suceso y **solo se puede diagnosticar hasta 1 mes** después. Si los síntomas se resuelven antes de 3 días, no se cumplen los criterios. Si persisten más de un mes y se cumplen los del **TEPT**, el diagnóstico cambia a TEPT.

1. Tres días marca el mínimo de duración. Los síntomas que se resuelven antes no cumplen los criterios.
2. Una semana cae dentro de la ventana del trastorno, pero no es su límite.
3. El diagnóstico solo puede hacerse hasta 1 mes después del suceso.
4. Tres meses es el plazo en que deben aparecer los síntomas de un trastorno de adaptación tras el inicio del factor de estrés.

Ojo. El DSM-IV pedía un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas (criterio G, pág. 444). El DSM-5 subió el mínimo a 3 días.

Para fijarlo. Agudo, de 3 días a 1 mes; postraumático, más de un mes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés agudo, págs. 281-282.
American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés agudo, pág. 444.

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 2016 · n.º 73, PIR 2018 · n.º 114

187 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

1 Juega un papel fundamental en la adquisición del miedo.

2 Juega un papel fundamental en el mantenimiento del miedo. ✓

3 Juega un papel fundamental tanto en la adquisición como en el mantenimiento del miedo.

4 En realidad el Condicionamiento Operante no juega papel alguno en la teoría, ya que se basa únicamente en el Condicionamiento Clásico.

En la teoría de Mowrer el condicionamiento operante mantiene el miedo a través de la evitación

Belloch (2020) explica que el modelo de Mowrer se llama **bifactorial** porque integra el condicionamiento clásico y el operante, y **mediacional** porque el miedo condicionado media y motiva la conducta de evitación. Tiene dos fases, una de **condicionamiento clásico** del miedo, que adquiere propiedades de drive, y otra de **evitación activa**, en la que la presencia del EC genera miedo y motiva la evitación, que queda **reforzada negativamente**. La edición de 2008 lo resume así: el miedo motiva las respuestas de evitación, y la reducción del miedo por escape o evitación refuerza y **mantiene** la conducta de evitación. Además, la evitación impide la exposición al EC y protege al miedo de la extinción.

1 La adquisición del miedo corresponde a la primera fase, de condicionamiento clásico.

2 Es el papel del condicionamiento operante: la evitación, reforzada negativamente por la reducción del miedo, mantiene el problema.

3 El modelo reparte los papeles: el condicionamiento clásico explica la adquisición del miedo y el operante, la evitación que lo mantiene.

4 El modelo es bifactorial porque integra el condicionamiento clásico y el operante.

Para fijarlo. Primero se aprende a temer; después, cada huida que alivia enseña a seguir huyendo.

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. 39-40. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 93-94.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

188

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

La fobia a la sangre produce primero una subida de la presión y del ritmo cardíaco y después una caída que lleva al desmayo

Belloch (2020) destaca que las fobias a la **sangre-inyecciones-daño** exhiben un patrón fisiológico de respuesta único ante los estímulos fóbicos. El patrón es **bifásico**: se inicia con un **incremento** de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, seguido por un **rápido descenso** de estos parámetros que puede conducir al desmayo si el paciente permanece en la situación (Öst et al., 1984). Caballo et al. (2024) lo describen como un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial seguido de una importante **desaceleración vasovagal**, con náuseas, sudor, palidez y, en ocasiones, desmayo. Como esta reacción es opuesta a la de otras fobias, requiere un tratamiento específico que incremente la frecuencia cardíaca y la presión sistólica.

1. Es el patrón que describen los manuales: aumento inicial y caída vasovagal posterior.
2. Invierte el orden de las dos fases; el descenso de la presión y del ritmo cardíaco es la segunda fase, la que provoca el desmayo.
3. Un aumento sin caída posterior no explicaría el mareo ni el desmayo, y Belloch (2020) subraya que la reacción de esta fobia es opuesta a la de otros tipos de fobias.
4. El patrón tiene dos fases, y la caída va precedida de un incremento inicial de la presión y del ritmo cardíaco.

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. 37. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 179.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

189

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 2

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

1 Disociación.

2 Reexperimentación. ✓

3 Distorsiones cognitivas.

4 Amnesia (total o parcial) del acontecimiento traumático.

La reexperimentación es el núcleo del TEPT tanto en el DSM-IV como en el DSM-5

Echeburúa y Corral, en Belloch, describen tres **aspectos nucleares** del TEPT en el DSM-IV-TR, que corresponden a los criterios B, C y D: la **reexperimentación** del suceso, la evitación y la respuesta de alarma exagerada. En la edición de 2020 del mismo manual pasan a ser cuatro, porque el DSM-5 separa de la evitación las **alteraciones cognitivas y del estado de ánimo**, y la reexperimentación sigue encabezando la lista. En el DSM-5 se llama **intrusión** (criterio B) y exige al menos un síntoma. La amnesia, las distorsiones cognitivas o la disociación pueden aparecer, pero ninguna es imprescindible.

1. La disociación da nombre a un especificador del DSM-5 (con síntomas disociativos), que no es un requisito. Belloch recuerda además que no afecta a todos los pacientes.
2. La reexperimentación (intrusión en el DSM-5) es el criterio B en las dos ediciones.
3. La percepción distorsionada de la causa del suceso es uno de los siete síntomas del criterio D del DSM-5, del que bastan dos, y no figuraba en el DSM-IV.
4. La incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma es un síntoma posible (C3 en el DSM-IV, D1 en el DSM-5), sin carácter obligatorio.

Ojo. La pregunta habla del DSM-IV-TR, que no está en el corpus. Se cita el DSM-IV (1995), cuyos criterios del TEPT coinciden con los que Belloch reproduce como DSM-IV-TR (tabla 5.1).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 138-139 y 142. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés postraumático, págs. 439-440. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 271-272.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 74, PIR 2022 · n.º 28, PIR 2014 · n.º 206

Respuesta correcta: 4

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

1 Trastorno de Pánico.

2 Agorafobia.

3 Trastorno de Ansiedad Generalizada.

4 Trastorno Obsesivo Compulsivo. ✓

El TOC afecta de forma parecida a hombres y mujeres, a diferencia del pánico, la agorafobia y el TAG

La pregunta incluye el **trastorno obsesivo-compulsivo** entre los trastornos de ansiedad, como hacían el DSM-IV y la edición de 2008 de Belloch. Según el DSM-IV, el trastorno muestra una **incidencia similar en varones y mujeres**, con una edad modal de inicio más temprana en ellos. Belloch añade que las diferencias por sexo son particularmente grandes en las **fobias** y el **pánico**, que el trastorno de ansiedad generalizada también se asocia al sexo femenino y que en el TOC no se han constatado diferencias relevantes. El DSM-5 matiza el dato: en la edad adulta las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta.

1 Las diferencias por sexo son particularmente grandes en el pánico, con predominio femenino.

2 La agorafobia, como las demás fobias, muestra grandes diferencias a favor del sexo femenino.

3 El trastorno de ansiedad generalizada se asocia significativamente al sexo femenino, aunque Belloch reconoce que algunos estudios no han hallado diferencias.

4 Es el trastorno sin diferencias relevantes por sexo según el DSM-IV y Belloch.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 3, pág. 84. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 431. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 239.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 47, PIR 2019 · n.º 111

191 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

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

1 Internas, estables y específicas.

2 Internas, estables y globales. ✓

3 Externas, estables y globales.

4 Externas, estables y específicas.

La persona deprimida atribuye los sucesos negativos incontrolables a causas internas, estables y globales

Belloch (2008) explica que Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformularon la teoría de la indefensión con las teorías atribucionales. Ante una situación incontrolable, la persona busca una explicación. Atribuir la falta de control a **factores internos** produce un descenso de la autoestima; a **factores estables**, una expectativa de incontrolabilidad futura que extiende los déficits en el tiempo; y a **factores globales**, su generalización a otras situaciones. Los autores señalaron como **vulnerabilidad cognitiva** un estilo atribucional que tiende a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. Belloch (2020) lo llama **estilo atribucional depresivo**: pensar que la causa de los acontecimientos negativos está en uno mismo, que afectará a todo lo que haga y que no cambiará.

1. La atribución a factores específicos limitaría los déficits a la situación en cuestión, sin generalizarlos.
2. Es el estilo atribucional depresivo de la teoría reformulada.
3. Una atribución externa no produciría el descenso de la autoestima que la teoría liga a la depresión.
4. Con causas externas y específicas no habría descenso de la autoestima y los déficits quedarían circunscritos a la situación.

Para fijarlo. «Es culpa mía, siempre será así y me pasa en todo»: las tres dimensiones en una frase.

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. 282. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-217.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 2

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

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

La patología dual es la coocurrencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias

Belloch (2020) define la **comorbilidad**, también conocida como **diagnóstico o patología dual**, como la **coocurrencia a un tiempo** de un trastorno mental o del comportamiento con un **trastorno por consumo de sustancias**. El manual explica que es frecuente porque las manifestaciones de la intoxicación o del síndrome de abstinencia se parecen mucho a las de distintos trastornos psicopatológicos; por eso la persona debe pasar un período de **abstinencia** antes de poder diagnosticar otros trastornos con síntomas semejantes. Los problemas más frecuentes en quienes tienen un consumo problemático son los trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad y psicóticos. Caballo et al. (2024) recogen la misma definición en el apartado de diagnóstico diferencial.

1 El diagnóstico diferencial es el proceso de distinguir entre trastornos con síntomas parecidos; Caballo et al. tratan la patología dual dentro de ese apartado, pero es otro concepto.
2 Es el nombre que recibe esa coocurrencia, también llamada comorbilidad o diagnóstico dual.
3 El curso describe la evolución de un trastorno en el tiempo; la coincidencia con otro trastorno es otra cuestión.
4 La etiología se refiere a las causas de un trastorno.

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. 495-496. 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. 627.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

193 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

1 Infancia.

2 Adolescencia.

3 Jóvenes adultos (25-45 años). ✓

4 Vejez (a partir de 70 años).

El riesgo de depresión mayor es más alto en los adultos jóvenes

Belloch (2008) señala que, contra lo que suele pensarse, el **riesgo más elevado** de padecer un episodio depresivo mayor se observa en los **adultos jóvenes** (25-44 años), y que a partir de esa edad el riesgo disminuye en mujeres y hombres en ámbitos geográficos y culturales muy diversos. La edición vigente (Belloch, 2020) actualiza el dato con el estudio **World Mental Health** de la OMS en 18 países: para los episodios depresivos mayores de los últimos 12 meses, el riesgo mayor corresponde a la franja de **28-34 años**, 2,7 veces el del grupo de mayores de 65. La **edad modal de inicio** del TDM se sitúa entre los 25 y los 35 años, aunque ha decrecido en las últimas cuatro generaciones.

1. La infancia no es la etapa de mayor riesgo; los datos sitúan el pico en la edad adulta joven.
2. La edad de inicio ha bajado en las últimas generaciones y el comienzo en la adolescencia se asocia a más discapacidad en la vida adulta, pero el riesgo mayor sigue en la franja de adultos jóvenes.
3. Es la franja de mayor riesgo en los datos de los dos manuales.
4. En el estudio de la OMS el grupo de mayores de 65 años es la referencia de menor riesgo frente a la franja de 28-34 años.

Ojo. Belloch (2020, pág. 209) advierte que en los datos de España del mismo estudio la edad de comienzo suele ser mayor y el factor de riesgo de edad es tener entre 50 y 64 años, frente al grupo de menos riesgo, 18-34 años. Con los datos españoles la opción 3 no sería la franja de mayor riesgo; la clave se apoya en los datos internacionales y en la edición de 2008.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 208-210. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 249.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes factores se relaciona más con un incremento en la probabilidad de recurrencia de un episodio depresivo mayor?:

1. Comienzo temprano del primer episodio (i.e. edad temprana).
2. Menor edad actual.
3. Mayor número de episodios previos. ✓
4. Ser mujer.

Cuantos más episodios depresivos previos, mayor es la probabilidad de una recurrencia

Belloch (2020) recuerda que la **recurrencia** es uno de los grandes problemas de la depresión: al menos el 50 % de quienes se recuperan de un primer episodio tendrán otro, y alrededor del 80 % de quienes han tenido dos tendrán un tercero. Su tabla 6.8 recoge los factores que incrementan la probabilidad de recurrencia o recaída, entre ellos un **mayor número de episodios previos**, la mayor gravedad del episodio inicial y un **comienzo tardío** del primer episodio. El manual añade que la edad, el estado civil o el nivel socioeconómico **no parecen estar relacionados** con las recurrencias. Cada episodio sucesivo parece además más autónomo de los estresores, un fenómeno interpretado como **kindling** o sensibilización.

1. La tabla 6.8 señala lo contrario: es el comienzo tardío del primer episodio el que incrementa la probabilidad de recurrencia.
2. El manual indica que la edad no parece estar relacionada con las recurrencias; la edición de 2008 incluía entre los factores una mayor edad actual.
3. Es uno de los factores de la tabla 6.8 y el que mejor recogen las cifras de recurrencia tras el primer y el segundo episodio.
4. Ser mujer aumenta el riesgo de padecer depresión, pero no figura entre los factores de recurrencia de la tabla.

TABLA 6.8. FACTORES QUE INCREMENTAN LA PROBABILIDAD DE LA RECURRENCIA Y/O RECAÍDAS EN LA DEPRESIÓN (VÁZQUEZ ET AL., 2006; BURCUSA Y IACONO, 2007)

Factores
a. Historia de episodios maníacos o hipomaníacos
b. Historia familiar de trastornos depresivos
c. Mayor número de episodios previos.
d. Mayor gravedad del episodio inicial.
e. Mala respuesta al tratamiento agudo.
f. Comienzo tardío del primer episodio.
g. Presencia de estresores psicosociales crónicos.
h. Presencia de distorsiones cognitivas no tratadas.
i. Altos niveles de neuroticismo (emocionalidad negativa)
j. Escaso apoyo social

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 6, tabla 6.8, pág. 210

Ojo. La tabla 9.7 de la edición de 2008 (pág. 246), que cita el comentario de partida, incluía además «mayor edad actual» y «pocas semanas o meses transcurridos desde el último episodio»; la edición vigente los retira y afirma que la edad no parece relacionada con las recurrencias. Ninguna de las dos apoya las opciones 1, 2 o 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 209-210 y tabla 6.8. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 246 y tabla 9.7.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 82

195

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Respecto de la prevalencia de los trastornos depresivos en función del sexo, cabe afirmar que:

1. La prevalencia es similar en hombres y mujeres.
2. La prevalencia es aproximadamente el doble en hombres que en mujeres.
3. La prevalencia es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres. ✓
4. La prevalencia es aproximadamente el triple en mujeres que en hombres.

La depresión es aproximadamente el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres

Belloch (2008) afirma que las cifras de prevalencia de los problemas depresivos son **prácticamente el doble en las mujeres** que en los hombres en la mayor parte de los estudios, incluso en culturas muy diversas, y que no se deben a ningún artefacto estadístico ni a que las mujeres se quejen más o busquen más ayuda. La edición vigente lo confirma con el estudio **World Mental Health** de la OMS: en los episodios depresivos mayores de los últimos 12 meses, las mujeres tienen un **riesgo 1,8 veces mayor** que los hombres. El manual relaciona esa diferencia con los **roles de género** y los esquemas cognitivos aprendidos más que con otras diferencias.

1. Los estudios encuentran una diferencia clara entre sexos, de modo que la prevalencia no es similar.
2. Invierte el sentido de la diferencia: la prevalencia mayor corresponde a las mujeres.
3. Es la proporción que recogen los manuales: alrededor del doble en las mujeres.
4. Triplicar exagera la diferencia que dan los estudios internacionales, que rondan el doble.

> **Ojo.** Belloch (2020, pág. 209) añade que en los datos de España del estudio de la OMS las mujeres tienen 2,7 veces más riesgo que los hombres, una cifra más cercana al triple que al doble. La clave se apoya en la proporción general de los estudios internacionales.

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. 248. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 208-209.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

196 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

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

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los sistemas endocrinos más frecuentemente implicados en los trastornos depresivos?:

1. El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el eje tiroideo. ✓
2. El eje hipotálamo-amígdalo-adrenal y eje tiroideo.
3. El eje hipotálamo-hipófiso-noradrenal y el eje tiroideo.
4. El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el eje paratiroideo.

Los ejes hipotálamo-hipófiso-adrenal y tiroideo son los sistemas endocrinos más implicados en la depresión

En su apartado de endocrinología de la depresión, Belloch (2008) revisa los sistemas endocrinos más frecuentemente implicados en los trastornos depresivos: el **eje hipotálamo-hipófiso-adrenal**, el **eje tiroideo** y la **hormona del crecimiento**. En el primero, la CRH hipotalámica estimula la ACTH hipofisaria, que activa la secreción de **cortisol** en la corteza suprarrenal; en la depresión, al estar reducida la actividad catecolaminérgica, aumentan la CRH, la ACTH y el cortisol. En el segundo, los hipotiroideos son propensos a estados depresivos y las hormonas tiroideas potencian algunos antidepresivos. Caballo et al. (2024) agrupan igualmente las **teorías endocrinas** de la depresión en dos modelos centrados en el eje adrenal y el eje tiroideo.

1. Son los dos ejes que los manuales sitúan en primer lugar entre los sistemas endocrinos de la depresión.
2. En la cadena que describe el manual, la hormona que estimula la suprarrenal es la ACTH de la hipófisis; la amígdala no forma parte de esa secuencia.
3. La hormona hipofisaria del eje actúa sobre la corteza suprarrenal, que secreta glucocorticoides como el cortisol; un eje «noradrenal» no aparece en los manuales.
4. El segundo eje implicado es el tiroideo; los manuales no relacionan la paratiroides con la depresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 310-311. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, págs. 390-391.

EN EL ATLAS

Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

197

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Qué característica comparten la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa?:

1. Una idea sobrevalorada de la delgadez. ✓
2. Un bajo Índice de Masa Corporal (IMC) o infrapeso.
3. La presencia de conductas purgativas.
4. La pérdida de control ante alimentos de alto contenido calórico.

La idea sobrevalorada de la delgadez es el núcleo común de la anorexia y la bulimia nerviosas

Belloch concluye que lo que caracteriza a la **anorexia nerviosa** y a la **bulimia nerviosa** es su extrema preocupación por el peso y la forma corporales, y que lo que tiene significado diagnóstico es la **idea sobrevalorada de delgadez**. Las dietas extremas, el bajísimo peso de la anorexia, los vómitos, los purgantes y el ejercicio excesivo son, para la autora, **características secundarias** que emanan del intento de adelgazar. El DSM-IV recoge la misma idea en la introducción del capítulo, y el DSM-5-TR la mantiene en los criterios de ambos trastornos.

1. Es la conclusión de Belloch sobre lo que comparten los dos trastornos.
2. El peso bajo distingue a la anorexia. En la bulimia nerviosa el peso suele estar dentro del rango normal o hay sobrepeso.
3. Las purgas son frecuentes en la bulimia y en un subtipo de la anorexia, pero hay anorexias restrictivas y, en el DSM-IV, bulimias del tipo no purgativo.
4. La pérdida de control al comer define el atracón, propio de la bulimia y del subtipo con atracones/purgas de la anorexia, pero ausente en la anorexia restrictiva.

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 describen rasgos que aparecen en uno de los dos trastornos o en uno de sus subtipos; la pregunta pide lo que comparten siempre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 412. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de la conducta alimentaria, págs. 553-555 y 560-561.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 98

198 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la disfunción sexual más frecuente en varones?:

1 Trastorno del deseo hipoactivo.

2 Trastorno de erección.

3 Eyaculación precoz. ✓

4 Trastorno orgásmico.

Con los datos de su época, la eyaculación precoz era la disfunción sexual más frecuente en el varón

La clave se apoya en Belloch, que presenta la **eyaculación precoz** como el **trastorno sexual más frecuente en los hombres**: afecta al 30 % de la población general según los datos de la APA de 1988, y la mayoría de los varones ha tenido alguna vez problemas de eyaculación. El DSM-5 matiza la cifra. Más del **20-30 %** de los varones de 18 a 70 años refiere preocupación por la rapidez con que eyacula, pero con el criterio de **aproximadamente un minuto** tras la penetración vaginal solo el **1-3 %** recibiría el diagnóstico.

1 Según el DSM-5, la falta de interés persistente por el sexo durante 6 meses o más afecta solo al 1,8 % de los varones de 16 a 44 años.

2 Belloch presenta la impotencia como el problema más común entre los hombres que buscan asistencia, pero le atribuye un 7-10 % de afectados, por debajo del 30 % de la eyaculación precoz.

3 Es la disfunción que el manual señala como la más frecuente en el varón.

4 Belloch dice que la anorgasmia es poco frecuente en los hombres, porque la mayoría de sus problemas orgásmicos se ubican bajo la eyaculación precoz.

Ojo. La respuesta depende de la cifra que se mire. Belloch distingue la frecuencia en la población de la frecuencia en consulta, donde la impotencia es el problema más común entre los hombres que buscan asistencia. Y el DSM-5 da al trastorno eréctil un 13-21 % de problemas frecuentes entre los 40 y los 80 años, más que el 1-3 % de la eyaculación prematura con su criterio estricto.

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. 322-324. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno eréctil, pág. 427; trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, pág. 442; eyaculación prematura (precoz), pág. 444.

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 203

199

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 3

En las clasificaciones diagnósticas DSM (IV-TR y 5) ¿En qué tipo de trastornos se incluye el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo?:

1. Trastorno de la identidad sexual.
2. Parafilias.
3. Disfunciones sexuales. ✓
4. Trastornos sexuales no especificados.

El deseo sexual hipoactivo pertenece a las disfunciones sexuales en el DSM-IV y en el DSM-5

El DSM-IV agrupaba en una sección las **disfunciones sexuales**, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual. Dentro de las disfunciones, el **deseo sexual hipoactivo** era, con la aversión al sexo, uno de los trastornos del deseo sexual. El DSM-5 dedica un capítulo propio a las disfunciones sexuales, separado de la **disforia de género** y de los **trastornos parafílicos**, y en él incluye el **trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón**. En la mujer el deseo bajo pasa a formar parte del trastorno del interés/excitación sexual femenino.

1. Los trastornos de la identidad sexual del DSM-IV, antecedente de la disforia de género, se caracterizaban por la identificación intensa y persistente con el otro sexo y el malestar con el propio.
2. Las parafilias se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales.
3. Es su lugar en las dos clasificaciones.
4. El trastorno sexual no especificado del DSM-IV era una categoría residual para los trastornos de la actividad sexual que no encajaban en las categorías específicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales y de la identidad sexual, págs. 505 y 508. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disfunciones sexuales, págs. 423 y 440.

EN EL ATLAS Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 101, PIR 2021 · n.º 105

200

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

¿Qué trastorno se caracteriza por la presencia recurrente de atracones en ausencia de estrategias o comportamientos compensatorios inadecuados?:

1 Anorexia Nerviosa.

2 Bulimia Nerviosa.

3 Trastorno por Atracón. ✓

4 Hiperfagia.

Los atracones sin conductas compensatorias definen el trastorno de atracones

El DSM-5 define el **trastorno de atracones** (en la pregunta, trastorno por atracón) por episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, que no se asocian a la presencia recurrente de un **comportamiento compensatorio inapropiado** como en la bulimia nerviosa (criterio E). Esa ausencia lo separa de la **bulimia nerviosa**, que exige además conductas compensatorias recurrentes, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo. El DSM-5-TR conserva los mismos criterios.

1. La anorexia nerviosa puede cursar con atracones en su tipo con atracones/purgas, pero se define por una restricción de la ingesta que lleva a un peso significativamente bajo.
2. La bulimia nerviosa exige, junto a los atracones, comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes (criterio B).
3. Es el trastorno de atracones del DSM-5.
4. La hiperfagia no figura entre los diagnósticos del DSM-5. La CIE-10 recogía la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, una ingesta excesiva como reacción a hechos estresantes que da lugar a obesidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, pág. 345; trastorno de atracones, págs. 350-352. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 413.

EN EL ATLAS Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 143, PIR 2023 · n.º 201

201

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos para la depresión NO se puede clasificar como un tratamiento bien establecido?:

1 Terapia de activación.

2 Terapia cognitiva.

3 Terapia sistémica. ✓

4 Terapia interpersonal.

La terapia sistémica no tiene el aval de los tratamientos bien establecidos para la depresión

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces concluye que hay tres tratamientos psicológicos con eficacia demostrada en la depresión: la **terapia de conducta**, la **terapia cognitiva** y la **terapia interpersonal**. Su tabla 5.1 sitúa entre las terapias de conducta bien establecidas el programa de actividades agradables de Lewinsohn y la **activación conductual**. En cambio, sobre otras terapias que «podrían tener chance», como la **terapia familiar sistémica** o la estratégica, los autores señalan que no han publicado sus resultados en los medios relevantes y que, como mucho, están en **fase experimental**. Fonseca (2021) recoge con los criterios de la División 12 de la APA el mismo núcleo con apoyo robusto, formado por la activación conductual, terapia cognitiva, psicoterapia interpersonal y terapia de solución de problemas.

1. La activación conductual figura entre las terapias de conducta bien establecidas y entre las de apoyo robusto según la División 12 de la APA.
2. La terapia cognitiva de Beck es uno de los tres tratamientos con eficacia demostrada en la depresión.
3. La terapia sistémica no ha ofrecido sus resultados en los medios relevantes y queda, como mucho, en fase experimental.
4. La terapia interpersonal de Klerman es otro de los tres tratamientos con eficacia demostrada, incluso en la prevención de recaídas y recurrencias.

Ojo. El comentario de partida cita la Guía con fecha de 2008 y pág. 182; en el corpus está la edición de 2003 (versión digital sin paginar), en la que el contenido figura en el cap. 5, apdos. 3.4 y 4.

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. 3.4 y 4, y tabla 5.1 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 309.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

202

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el criterio fundamental que siguen los sistemas diagnósticos (DSM y CIE) para clasificar las disfunciones sexuales?:

1 Gravedad.

2 Etiología.

3 Duración.

4 Fase del ciclo de la respuesta sexual. ✓

El DSM-IV y la CIE-10 ordenaban las disfunciones sexuales según la fase de la respuesta sexual afectada

El DSM-IV caracterizaba los trastornos sexuales por una alteración de los procesos del **ciclo de la respuesta sexual** o por dolor asociado al acto sexual, y dividía ese ciclo en deseo, excitación, orgasmo y resolución. Con esa base agrupaba las disfunciones en **trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo**, más los **trastornos sexuales por dolor**. Belloch explica que la clasificación recoge, con algunas modificaciones, las fases de **Masters y Johnson**, y que la CIE-10 muestra un notable paralelismo con las clasificaciones de la APA.

1. En el DSM-5 la gravedad es un especificador de cada disfunción; la clasificación no se ordena por ella.
2. La etiología se usaba en el DSM-IV para especificar subtipos dentro de cada disfunción (debido a factores psicológicos o a factores combinados).
3. La duración es un requisito de los criterios, de unos 6 meses en el DSM-5, y no sirve para agrupar los trastornos.
4. Es el criterio de la clasificación del DSM-IV y de la CIE-10.

DISFUNCIONES SEXUALES DEL DSM-IV AGRUPADAS POR LA FASE DE LA RESPUESTA SEXUAL

Grupo	Trastornos que incluye
Trastornos del deseo sexual	Deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo
Trastornos de la excitación sexual	Trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón
Trastornos del orgasmo	Disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz
Trastornos sexuales por dolor	Dispareunia y vaginismo

Fuente: APA (1995), DSM-IV, trastornos sexuales y de la identidad sexual, pág. 505

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales y de la identidad sexual, págs. 505-506. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 317 y 319.

EN EL ATLAS Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 82, PIR 2020 · n.º 77, PIR 2022 · n.º 49

203

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

La anorgasmia:

1. Es más frecuente en mujeres que en hombres. ✓
2. Es más frecuente en hombres que en mujeres.
3. Se da con frecuencia similar en hombres y mujeres.
4. Es el más frecuente de los trastornos masculinos.

La anorgasmia es un trastorno frecuente en las mujeres y raro en los hombres

Belloch define la **disfunción orgásmica**, o anorgasmia, como la ausencia o el retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal, y la describe en ambos sexos. Añade que es un trastorno **frecuente en las mujeres**, una de las disfunciones femeninas más comunes, y poco frecuente en los hombres, en quienes la mayoría de los problemas orgásmicos se ubican bajo la **eyaculación precoz**. El DSM-5 da para el **trastorno orgásmico femenino** prevalencias muy variables, del 10 al 42 %, y calcula que alrededor del 10 % de las mujeres no experimenta un orgasmo en toda su vida.

1. Es lo que dicen Belloch y los datos del DSM-5.
2. Belloch dice lo contrario, porque la considera frecuente en las mujeres y poco común en los hombres.
3. En el varón la mayoría de los problemas orgásmicos se ubican bajo la eyaculación precoz, así que la anorgasmia es mucho menos frecuente que en la mujer.
4. Para Belloch el trastorno sexual más frecuente en los hombres es la eyaculación precoz.

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. 323-324. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno orgásmico femenino, pág. 431.

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 198

Respuesta correcta: 4

¿Qué trastorno de personalidad se caracteriza por una necesidad profunda y generalizada de que cuiden de él/ella, lo que lleva a una conducta de sumisión, quejas y miedos de separación?:

1 Límite.

2 Esquizotípico.

3 Obsesivo-compulsivo.

4 Por dependencia. ✓

La necesidad excesiva de ser cuidado, con sumisión y miedo a la separación, define el trastorno dependiente

El enunciado copia la definición del trastorno de la personalidad por dependencia, hoy **trastorno de la personalidad dependiente**, que Belloch recoge del DSM-IV-TR. El DSM-5-TR la formula como una **necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados** que conduce a un **comportamiento sumiso** y pegajoso, y **miedo a la separación**. Las conductas dependientes buscan que los demás cuiden de la persona y surgen de la percepción de no poder funcionar adecuadamente sin ayuda.

1. El límite también teme el abandono, pero reacciona con vacío, rabia y exigencias, y se distingue por un patrón de relaciones inestables e intensas.
2. El esquizotípico se define por el malestar en las relaciones íntimas, las distorsiones cognitivas o perceptivas y la excentricidad.
3. El obsesivo-compulsivo se define por la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
4. Es la definición del trastorno de la personalidad dependiente.

Ojo. El enunciado habla de «conducta de sumisión, quejas y miedos de separación», como la tabla de Belloch. El DSM-IV dice comportamiento de sumisión y adhesión, y el DSM-5-TR, comportamiento sumiso y pegajoso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, tabla 16.1, pág. 456. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de la personalidad por dependencia, pág. 682.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 61, PIR 2024 · n.º 155

205

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

¿Qué trastorno de la personalidad se caracteriza por una pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional?:

1 Esquizoide. ✓

2 Límite.

3 Narcisista.

4 Antisocial.

La indiferencia hacia las relaciones sociales con expresión emocional restringida es el trastorno esquizoide

El enunciado reproduce la definición que Belloch toma del DSM-IV-TR para el trastorno de la personalidad esquizoide: una pauta generalizada de **indiferencia hacia las relaciones sociales** y un marco restringido de experiencia y **expresión emocional**. El DSM-5-TR lo formula como un patrón general de **desapego** de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en las relaciones interpersonales, que comienza en la juventud adulta. Estas personas parecen carecer del deseo de intimidad y casi siempre eligen actividades solitarias.

1. Es la definición del trastorno de la personalidad esquizoide.
2. El límite se define por la inestabilidad de las relaciones, la autoimagen y los afectos, y por una notable impulsividad.
3. El narcisista se define por la grandiosidad, la necesidad de admiración y la falta de empatía.
4. El antisocial se define por el desprecio y la violación de los derechos de los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, tabla 16.1, pág. 454. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno esquizoide de la personalidad, pág. 654.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 104, PIR 2017 · n.º 77, PIR 2018 · n.º 143

206

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

¿Qué trastorno se asocia a amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación?:

1 Trastorno de personalidad esquizoide.

2 Trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

3 Trastorno de personalidad límite. ✓

4 Trastorno de personalidad antisocial.

Las amenazas o conductas suicidas recurrentes y la automutilación son el criterio 5 del trastorno límite

El **criterio 5** del **trastorno de la personalidad límite** en el DSM-5 es el comportamiento, la actitud o las amenazas **recurrentes de suicidio**, o las **conductas autolesivas**. El texto añade que el suicidio consumado se produce en el 8-10 % de estas personas y que la tendencia suicida recurrente suele ser la razón por la que acuden a recibir ayuda. Estos actos se precipitan a menudo por amenazas de separación o de rechazo, y la automutilación, que puede aparecer durante experiencias disociativas, suele aportarles alivio.

1. El esquizoide se define por el desapego de las relaciones sociales y una expresión emocional restringida.
2. El pasivo-agresivo no figura entre los diez trastornos de la personalidad del DSM-5; aparece solo como ejemplo de trastorno no incluido en la clasificación.
3. Es el criterio 5 del trastorno límite.
4. El antisocial se define por el desprecio y la violación de los derechos de los demás; el DSM-5 menciona el suicidio entre sus causas de muerte prematura, pero no como criterio.

Ojo. El DSM-5-TR suprime el 8-10 % de suicidio consumado. Da, en una muestra de pacientes hospitalizados seguida durante 24 años, alrededor de un 6 % de muertes por suicidio (pág. 756).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de la personalidad, pág. 646; trastorno de la personalidad antisocial, pág. 661; trastorno de la personalidad límite, págs. 663-664.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 133, PIR 2019 · n.º 134, PIR 2018 · n.º 139

207 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

La tendencia a la explotación interpersonal y a sacar provecho de los demás para lograr sus propios objetivos, caracteriza al trastorno de personalidad:

1 Pasivo-agresivo.

2 Narcisista. ✓

3 Dependiente.

4 Paranoide.

La explotación interpersonal es el criterio 6 del trastorno de la personalidad narcisista

El **criterio 6** del **trastorno de la personalidad narcisista** en el DSM-5 es que la persona **explota las relaciones interpersonales**, es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines. El texto lo enlaza con el criterio 5: el **sentimiento de privilegio**, unido a la falta de sensibilidad ante los deseos y necesidades ajenos, puede conducir a la explotación consciente o inconsciente de los demás. Estas personas tienden a entablar amistades o relaciones solo si la otra persona les ayuda a lograr sus objetivos o a mejorar su autoestima.

1. El pasivo-agresivo no figura entre los diez trastornos de la personalidad del DSM-5.
2. Es el criterio 6 del narcisista.
3. El dependiente se somete a los demás para obtener cuidado y apoyo.
4. El paranoide sospecha, sin base suficiente, que los demás le explotan o le causan daño; la explotación es aquí una sospecha sobre los otros (criterio A1).

Trampa. La opción 4 usa el mismo verbo: en el paranoide la explotación es algo que la persona sospecha de los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad narcisista, págs. 669-670. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, tabla 15.9, pág. 447.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 153

208

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

¿Qué trastorno está caracterizado por un sentimiento persistente y recurrente de estar separado de los propios procesos mentales o del cuerpo?:

1. Trastorno por despersonalización. ✓
2. Trastorno de identidad disociativa.
3. Trastorno de personalidad múltiple.
4. La amnesia disociativa.

Sentirse separado de los propios procesos mentales o del cuerpo define la despersonalización

El criterio A del **trastorno de despersonalización**, hoy trastorno de despersonalización/desrealización, en el DSM-IV describe **experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento** o de ser un **observador externo** de los propios **procesos mentales o del cuerpo**, como si se estuviera en un sueño. El criterio B exige que durante el episodio el **sentido de la realidad permanezca intacto**. Las opciones 2 y 3 nombran el mismo trastorno, el **trastorno de identidad disociativo**, que el DSM-IV presentaba como «antes personalidad múltiple» y que se define por dos o más identidades o estados de personalidad.

1. Es el criterio A del DSM-IV.
2. El trastorno de identidad disociativo se define por dos o más identidades o estados de personalidad, junto a lagunas de memoria.
3. Personalidad múltiple es el nombre antiguo del trastorno de identidad disociativo.
4. La amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información personal importante.

Trampa. Dos opciones son el mismo trastorno con dos nombres, y en ese caso ninguna de las dos puede ser la única correcta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de despersonalización, págs. 500 y 502; trastorno de identidad disociativo, pág. 496. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 302.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 151, PIR 2017 · n.º 38, PIR 2019 · n.º 154

209

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes síntomas constituye, más propiamente, una alteración del pensamiento:

1. La alogia. ✓
2. La abulia-apatía.
3. La anhedonia.
4. El aplanamiento afectivo.

La alogia es un trastorno del pensamiento que se infiere de la pobreza del lenguaje

Belloch (2020) incluye la **alogia** entre los trastornos formales del pensamiento, como uno de los nombres de la **pobreza del contenido del habla** (también pobreza del contenido del pensamiento o habla vacía): el paciente emite una cantidad normal de lenguaje, pero transmite poca información. En el capítulo del lenguaje la define como un **trastorno del pensamiento** que se infiere de la observación del lenguaje del paciente, con réplicas breves y restricción del habla espontánea (**pobreza del habla**) o con un habla excesivamente concreta, repetitiva o estereotipada. Y añade que, aunque la alogia es un trastorno del pensamiento, se manifiesta en la pobreza del lenguaje y en la de su contenido. Las otras tres opciones son síntomas negativos de otros dominios.

1. Es la alteración que los manuales describen como un trastorno del pensamiento.
2. La abulia o avolición es la reducción de la iniciación y el mantenimiento de conductas dirigidas a una meta, un síntoma negativo de tipo motivacional.
3. La anhedonia es la disminución de la capacidad de experimentar placer, una alteración de la experiencia afectiva.
4. El aplanamiento afectivo se refiere a la expresión emocional, en la cara, la prosodia y los gestos.

Ojo. Belloch (2020, vol. II, cap. 11, pág. 352) recoge la conceptualización actual de los síntomas negativos, en la que la alogia se define como la reducción de la cantidad de habla y su elaboración espontánea, no se refiere al contenido empobrecido del habla y se agrupa con el aplanamiento afectivo en la dimensión de expresión emocional disminuida. Desde esa perspectiva, la alogia y el aplanamiento afectivo pertenecen al mismo factor expresivo. La clave se sostiene con la definición del vol. I (págs. 238 y 305-306) y con Belloch (2008, vol. II, cap. 13, pág. 386), que la describe como empobrecimiento del pensamiento y de la cognición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 238; cap. 9, págs. 305-306. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 352-353. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 386.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

210

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la edad de inicio más probable en la esquizofrenia?:

1 En la infancia.

2 Antes de los 12 años.

3 Final de la adolescencia o principios de edad adulta. ✓

4 A cualquier edad.

La esquizofrenia suele empezar entre el final de la adolescencia y la mitad de la treintena

Según el DSM-5, los síntomas psicóticos de la **esquizofrenia** aparecen típicamente **entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena**, y el **inicio antes de la adolescencia es raro**. El **pico** de inicio de los primeros episodios se sitúa en la primera mitad de la veintena en los varones y a finales de la veintena en las mujeres. La opción que recoge ese patrón es la del final de la adolescencia o principio de la edad adulta. El DSM-5-TR conserva el mismo intervalo.

1 El inicio en la infancia es posible, pero raro.

2 Antes de los 12 años, es decir, antes de la adolescencia, el inicio es raro.

3 Es el intervalo típico que da el DSM-5.

4 La esquizofrenia puede empezar incluso después de los 40 años, pero el manual describe una edad típica de inicio, y la pregunta pide la más probable.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Esquizofrenia, págs. 102-103.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 84, PIR 2019 · n.º 81, PIR 2025 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 182

211

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es la droga no legal más consumida en España?:

1 Cocaína.

2 Drogas de síntesis.

3 GHB (éxtasis líquido).

4 Cannabis. ✓

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España

Belloch (2020) recoge la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas para la población general española de 15 a 64 años (2017). Las sustancias psicoactivas más consumidas en los últimos 12 meses fueron el **alcohol** (75,2 %) y el **tabaco** (40,9 %). **Entre las drogas de comercio ilegal**, la más extendida es el **cannabis** y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis: en los últimos 12 meses, un 11,0 % para el cannabis, un 2,2 % para la cocaína y un 0,6 % para el éxtasis. El manual añade que el cannabis es también la droga ilegal más consumida en el mundo. Belloch (2008) daba el mismo orden con los datos del Observatorio Español sobre Drogas (2005).

1. La cocaína es la segunda droga ilegal más extendida, con un 2,2 % de consumo en los últimos 12 meses frente al 11,0 % del cannabis.
2. Entre las drogas de síntesis la más consumida es el éxtasis, con un 0,6 % en los últimos 12 meses.
3. El manual sitúa el consumo de GHB, como el de los alucinógenos y la ketamina, en niveles bajos y estables.
4. Es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo en la población general española.

Ojo. El dato del GHB que da el manual se refiere al consumo en Europa; la tabla española de la encuesta no lo recoge por separado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 487 y tabla 15.2; págs. 499 y 504. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 379 y 381.

EN EL ATLAS

Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 4

¿La capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra droga, se conoce con el nombre de?:

1 Politoxicomanía.

2 Patología dual.

3 Craving.

4 Dependencia cruzada. ✓

La dependencia cruzada es la capacidad de una droga para suprimir la abstinencia de otra

Belloch (2020) explica, al tratar la tolerancia, que también existe el fenómeno de la **dependencia cruzada**, que se refiere a la capacidad de una droga para **suprimir el síndrome de abstinencia** producido por otra. Por ejemplo, la **metadona** puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína, y los tranquilizantes, el del alcohol. El manual la distingue de la **tolerancia cruzada** o recíproca, que ocurre cuando la persona tolerante a una droga se hace también tolerante a los efectos de otra de acción semejante, como el consumo intensivo de alcohol respecto de los barbitúricos. Añade que la mayoría de los métodos de **desintoxicación** se basan en el fenómeno de la tolerancia cruzada.

1 La politoxicomanía o poliadicción es la dependencia simultánea de otra u otras sustancias en una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia.

2 La patología dual es la coocurrencia de un trastorno mental o del comportamiento con un trastorno por consumo de sustancias.

3 El craving es la urgencia o el fuerte deseo de consumir una sustancia, cuya no satisfacción produce un poderoso sufrimiento físico o mental.

4 Es la definición del manual, ilustrada con la metadona y la heroína.

Trampa. La tolerancia cruzada se parece mucho, pero describe la pérdida de efecto de una droga en quien ya es tolerante a otra de acción semejante.

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. 490-491 y 495.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

213

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos

Respuesta correcta: 2

¿Cómo denominamos a la dimensión del burnout por la cual la persona hace una valoración negativa de su habilidad en el trabajo y en relación con las personas que atiende?:

1 Fatiga de compasión.

2 Baja realización personal. ✓

3 Agotamiento o cansancio emocional.

4 Despersonalización.

La baja realización personal es la valoración negativa que el profesional hace de su propia competencia

Amigo describe el **burnout** o síndrome de estar quemado en el trabajo como un tipo de estrés laboral crónico que se origina en la falta de control sobre el trabajo y que suele darse en profesiones con implicación emocional, como las de los servicios humanos. El síndrome engloba tres componentes. La **baja realización personal** se refiere a la valoración profesional negativa que la persona hace de su habilidad en el trabajo y de la relación con las personas a las que atiende, e implica desmotivación e insatisfacción con sus resultados. El **cansancio emocional** es la sensación de agotamiento por el desgaste de la interacción cotidiana. La **despersonalización** engloba la irritabilidad y las respuestas frías e impersonales hacia las personas atendidas.

1 La fatiga de compasión no figura entre los tres componentes que Amigo atribuye al síndrome.

2 Es la definición que da el manual de este componente.

3 El agotamiento o cansancio emocional es la sensación de sentirse agotado por el desgaste de la interacción con otras personas, y se considera la dimensión central del síndrome.

4 La despersonalización se refiere a las actitudes negativas y las respuestas frías e impersonales hacia las personas con las que se trabaja, a las que se llega a culpabilizar de sus problemas.

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 el texto descifrado y la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, apdo. 4.2.1, pág. 124.

EN EL ATLAS

Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. Se estudia con Amigo (Consulta).

214

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia · Anulada

Anulada

¿Qué nombre tuvo la segunda teoría desarrollada por Melzack y Wall para la explicación del dolor?:

1. Teoría de la nociocepción.
2. Teoría neuromatriz.
3. Teoría de la puerta.
4. Teoría transaccional.

La teoría neuromatriz es una extensión de la teoría de la puerta que formuló Melzack sin Wall

El Ministerio **anuló** la pregunta. Amigo explica que la **teoría de la puerta de control** de Melzack y Wall (1965) fue formulada cuando todavía no se conocían los opiáceos endógenos ni las estructuras de control descendente del dolor. **Posteriormente, el propio Melzack** formuló una extensión de esa teoría, la **teoría neuromatriz**, que enfatiza el papel del cerebro en la percepción del dolor: una red de neuronas distribuida por distintas áreas cerebrales recibiría la información sensorial que interpreta como dolor y podría activarse sin ella, como en el **miembro fantasma**. El enunciado atribuye esa segunda teoría a Melzack y Wall, y el comentario de partida señala que ahí estaba el problema, porque Wall no participó en la teoría neuromatriz.

1. Las obras consultadas no recogen una teoría de la nocicepción de Melzack y Wall; el impulso nociceptivo aparece solo dentro de la explicación de la teoría de la puerta.
2. La teoría neuromatriz es la extensión de la teoría de la puerta, pero la formuló Melzack sin Wall.
3. La teoría de la puerta de control es la que Melzack y Wall formularon juntos en 1965, la primera de las dos.
4. Las obras consultadas no atribuyen a Melzack y Wall ninguna teoría transaccional.

Ojo. El comentario de partida no da una clave provisional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 2, PDF págs. 257-258 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, págs. 144-145.

EN EL ATLAS

Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Amigo (Base).

215

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es, según la Teoría de la Acción Razonada, el determinante inmediato de una conducta de salud?:

1 La vulnerabilidad percibida.

2 Los costes percibidos.

3 Las creencias de salud.

4 La intención de realizar la conducta. ✓

En la teoría de la acción razonada el determinante inmediato de la conducta de salud es la intención de realizarla

Amigo presenta la **teoría de la conducta planeada** de Ajzen como un desarrollo de la **teoría de la acción razonada** de Fishbein y Ajzen (1975). Según el modelo, el **determinante inmediato** de una conducta es la **intención** que la persona tiene de realizarla, definida como un plan de acción para alcanzar determinadas metas conductuales. En la formulación inicial, la intención depende de la **actitud** hacia la conducta y de la **norma subjetiva**; la conducta planeada añade el control conductual percibido. Bermúdez (2011) lo resume igual: la intención, base motivacional de la decisión, constituye el determinante inmediato de la conducta. Gaviria et al. (2019) añaden que el modelo se aplica a conductas deliberadas.

1. La vulnerabilidad percibida es el núcleo del modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman, que la teoría de la acción razonada no incluye.
2. El coste de llevar a cabo la conducta preventiva es otro de los factores del modelo de creencias sobre la salud.
3. Las creencias de salud dan nombre a ese otro modelo; en la acción razonada intervienen la actitud y la norma subjetiva, que actúan a través de la intención.
4. Es el determinante inmediato de la conducta según la teoría.

Trampa. Las tres opciones incorrectas son componentes del modelo de creencias sobre la salud, el otro gran modelo de cognición social de la conducta de salud.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1 y 4.3, PDF págs. 36-39 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen). Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 15, págs. 716-717. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 161-162.

EN EL ATLAS

Tema D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud. Se estudia con Amigo (Base) y Bermúdez 2011 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 68, PIR 2025 · n.º 195

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes autores desarrolló un programa conductual para la prevención del cáncer basado en la existencia de un patrón de personalidad característico en estos enfermos, que combina estrategias de desensibilización con entrenamiento en habilidades sociales?:

1 Grossarth-Maticek. ✓
2 Moorey.
3 Greer.
4 Lazarus.

Grossarth-Maticek aplicó desensibilización y habilidades sociales para prevenir el cáncer en la personalidad tipo 1

Amigo explica que, sobre la base de la existencia de un **patrón característico de personalidad** asociado al cáncer, se hicieron diversos estudios para mostrar la utilidad de un programa basado en técnicas de **desensibilización y habilidades sociales** para la prevención del cáncer (Eysenck y **Grossarth-Maticek**; Grossarth-Maticek y Eysenck). En uno de ellos se aplicó terapia individual a 100 sujetos clasificados como **personalidad tipo 1** (predispuesta al cáncer); a los trece años de seguimiento, solo dos del grupo de terapia conductual habían fallecido por cáncer, frente a 23 en el grupo control. El manual advierte que estos resultados necesitan la **replicación** de grupos independientes, que hasta la fecha no se ha realizado.

1 Es el autor del programa, junto con Eysenck.
2 Moorey participó con Greer en la terapia psicológica adyuvante, un programa cognitivo-conductual derivado de la terapia cognitiva de Beck dirigido a pacientes que ya tienen cáncer.
3 Greer da nombre a la terapia psicológica adyuvante, desarrollada en el hospital Royal Marsden para el estrés relacionado con el cáncer.
4 Lazarus es conocido por el planteamiento de la valoración cognitiva del estrés, con Folkman, sin relación con este programa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, apdo. 6.4, PDF pág. 361 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen); cap. 9, PDF pág. 204. Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, apdo. 6.4, pág. 223. 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, pág. 67.

EN EL ATLAS
Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Amigo (Base) y Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

Respuesta correcta: 4

La expresión “hipertensión de bata blanca” hace referencia a:

1 La que caracteriza a los médicos y otros profesionales sanitarios como consecuencia de sus altos niveles de estrés laboral.

2 La que caracteriza a personas de alto nivel socioeconómico.

3 La que caracteriza a ejecutivos y personas que trabajan en el ámbito de los negocios.

4 La que muestran algunos pacientes en el mismo instante en que el médico les está evaluando. ✓

La hipertensión de bata blanca es la elevación de la presión que provoca la presencia del médico al medirla

Amigo explica que la presión arterial tiene muchas fuentes de variación que pueden inflar las lecturas, y que entre ellas destaca la atribuida al **contexto clínico** y al **médico**, conocida como **hipertensión de bata blanca** (HBB) o hipertensión clínica aislada. La HBB es una **elevación artefactual** de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario o del médico **durante el proceso de medida**, que reduce la validez del diagnóstico de hipertensión esencial. Se empezó a considerar un problema diagnóstico con los estudios de Mancia et al., que, con un registro intraarterial latido a latido, mostraron que la llegada del médico a la habitación producía una reacción hipertensiva inmediata. La **monitorización ambulatoria** de la presión arterial ayuda a detectar estos falsos hipertensos.

1 La HBB es una reacción del paciente ante el personal sanitario durante la medida; la opción confunde a quien la provoca con quien la presenta.

2 El estatus que el manual relaciona con la elevación es el atribuido al médico, capaz de inducirla incluso cuando no lleva bata; el nivel socioeconómico del paciente no forma parte de la definición.

3 La definición se basa en la situación de medida, sin referencia a la profesión del paciente.

4 Es la definición: la elevación que se produce en el momento en que el médico evalúa al paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 13, apdo. 6, PDF págs. 328-330 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, apdo. 5, págs. 185-186.

EN EL ATLAS: Tema D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión. Se estudia con Amigo (Base).

218 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 2

¿La lesión de qué región puede producir que los pacientes manifiesten juicios morales de tipo utilitario?:

1. La corteza inferotemporal.
2. La corteza prefrontal ventromedial. ✓
3. La corteza parahipocampal.
4. La corteza parietal posterior.

La lesión de la corteza prefrontal ventromedial inclina hacia juicios morales utilitarios en los dilemas personales

Carlson recoge que pensar en dilemas morales activa regiones implicadas en las reacciones emocionales, entre ellas la **corteza prefrontal ventromedial** (CPFvm), sobre todo en los dilemas de **moral personal**, como arrojar a alguien a la vía para salvar a cinco personas. Koenigs et al. (2007) compararon pacientes con lesión de la CPFvm, pacientes con lesiones en otras regiones y controles. Los tres grupos decidieron igual en los escenarios sin contenido moral y en los de moral impersonal, que se resuelven de forma racional atendiendo a la utilidad de la elección. En cambio, en los de moral personal los pacientes con lesión de la CPFvm, con una **reacción emocional anómala**, emitieron con mucha más frecuencia un **juicio utilitario**. Redolar describe el mismo estudio.

1. La corteza inferotemporal no es la región cuya lesión estudian los trabajos de juicio moral; los pacientes con lesiones fuera de la CPFvm no mostraron ese patrón.
2. Es la región cuya lesión produjo juicios utilitarios en los dilemas de moral personal.
3. La corteza parahipocampal tampoco aparece en estos estudios, en los que solo la lesión de la CPFvm cambió las respuestas.
4. La corteza parietal posterior queda igualmente fuera de los hallazgos de Koenigs et al.

Ojo. Redolar (2014, pág. 687) recoge además que la inactivación de la corteza prefrontal dorsolateral derecha con estimulación magnética transcraneal repetitiva aumentaba las respuestas utilitarias en juicios morales impersonales (Tassy et al., 2011). Esa región no figura entre las opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, pág. 346 y tabla 11.2. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, págs. 682-683 y 687.

EN EL ATLAS

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

219

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 4

Uno de los tratamientos de primera línea para el trastorno ansiedad generalizada incluye el uso de un:

1. Modulador negativo del receptor GABA-A.
2. Antagonista parcial serotoninérgetico 1A.
3. Modulador negativo del recetor GABA-B.
4. Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. ✓

Los ISRS están entre los tratamientos farmacológicos de primera línea del trastorno de ansiedad generalizada

Stahl explica que los tratamientos del **trastorno de ansiedad generalizada** se superponen en gran medida con los de otros trastornos de ansiedad y de la depresión, e incluyen **ISRS** e IRSN, así como benzodiacepinas, buspirona y ligandos α2δ como la pregabalina y la gabapentina. Las **benzodiacepinas** actúan como **moduladores alostéricos positivos** de los receptores GABAA y pueden ser útiles al iniciar un ISRS o un IRSN, que a menudo son activadores y tardan en hacer efecto, aunque no conviene darlas a pacientes que abusan de otras sustancias. La **buspirona** es un **agonista parcial** de la serotonina 1A, reconocido como ansiolítico general. La edición anterior del manual situaba expresamente a los ISRS entre los tratamientos de primera línea del TAG.

1. Las benzodiacepinas son moduladores alostéricos positivos del receptor GABAA; un modulador negativo reduciría la acción del GABA en lugar de potenciarla.
2. La buspirona es un agonista parcial de la serotonina 1A; la opción la convierte en antagonista.
3. Las benzodiacepinas actúan sobre el receptor GABAA y como moduladores positivos; el manual no incluye moduladores negativos del GABAB entre los tratamientos del TAG.
4. Los ISRS forman parte del tratamiento farmacológico de primera línea del TAG.

Ojo. En la 5.ª ed. de Stahl (2023) los ISRS figuran entre los tratamientos del TAG sin la etiqueta de «primera línea», que sí aparece en la 3.ª ed. (2012), la que cita el comentario de partida y que también está en el corpus (cap. 14, págs. 765-767 y figura 14-46: ISRS, IRSN, benzodiacepinas y buspirona como primera línea).

Trampa. Las opciones 1 y 2 cambian un solo término de fármacos reales del TAG: positivo por negativo en las benzodiacepinas y agonista por antagonista en la buspirona.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 8, págs. 366, 370 y 377. Stahl, S. M. (2012). Psicofarmacología esencial de Stahl (3.ª ed.). Aula Médica. Cap. 14, págs. 765-767 y figura 14-46.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

220

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

Los fármacos antipsicóticos atípicos pueden distinguirse de los fármacos antipsicóticos convencionales debido a que:

1. Suelen reducir tanto los síntomas positivos como los negativos. ✓
2. Producen con mayor probabilidad síntomas extrapiramidales.
3. Producen con mayor probabilidad discinesia tardía.
4. Sus diferencias son exclusivamente farmacológicas.

Los antipsicóticos atípicos reducen tanto los síntomas positivos como los negativos

Carlson explica que los antipsicóticos **clásicos**, al bloquear la transmisión dopaminérgica, producían síntomas parecidos a los de la enfermedad de Parkinson y, con el uso prolongado, **discinesia tardía** en alrededor de un tercio de los pacientes. Además, no reducen los síntomas negativos y cognitivos, porque estos se deben en parte a una menor actividad dopaminérgica en la corteza prefrontal que el bloqueo puede agravar. Los **antipsicóticos atípicos**, empezando por la clozapina, parecen reducir los **síntomas positivos, negativos y cognitivos** y evitar en gran medida la discinesia tardía: aumentan la actividad dopaminérgica prefrontal y la reducen en el sistema mesolímbico. Stahl atribuye al **antagonismo 5HT2A** la liberación de dopamina prefrontal que mejora los síntomas negativos.

1. Es la diferencia clínica que recogen los manuales: los atípicos actúan también sobre los síntomas negativos y cognitivos.
2. Los síntomas semejantes a los del Parkinson los producían los primeros antipsicóticos al bloquear la transmisión de la dopamina.
3. La discinesia tardía aparece en alrededor de un tercio de los pacientes tratados a largo plazo con los fármacos clásicos y puede evitarse en gran medida con los atípicos.
4. Las diferencias farmacológicas se traducen en diferencias clínicas, tanto en los síntomas que mejoran como en los efectos secundarios motores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 16, págs. 528-529 y 531. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, págs. 164 y 195.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Carlson no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

221 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

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

Respuesta correcta: 2

Los síntomas cognitivos de la esquizofrenia se han relacionado fundamentalmente con:

1. Un aumento de la actividad en la corteza prefontal ventromedial.
2. Una disminución de la actividad en la corteza prefrontal dorsolateral. ✓
3. Una hiperactividad en la vía dopaminérgica nigroestriada.
4. Una hiperactividad en la vía dopaminérgica mesolímbica.

Los síntomas cognitivos de la esquizofrenia se ligan a la hipoactividad dopaminérgica en la corteza prefrontal dorsolateral

Stahl resume que la **sobreactividad del sistema mesolímbico** puede mediar en los síntomas positivos de la psicosis, mientras que la **infraactividad del sistema dopaminérgico mesocortical** puede mediar en los síntomas negativos, cognitivos y afectivos. La figura 5-3 lo concreta: en la esquizofrenia no tratada, las vías mesocorticales a la **corteza prefrontal dorsolateral** (CPFDL) y a la ventromedial (CPFVM) son **hipoactivas**, y esa hipoactividad se relaciona con los **síntomas cognitivos** en la CPFDL, con los negativos en la CPFDL y la CPFVM y con los afectivos en la CPFVM. Los antagonistas D2 pueden reducir aún más la actividad de esta vía y empeorar esos síntomas. Carlson relaciona la hipofrontalidad de estos pacientes con deficiencias de la transmisión gabaérgica en la CPFdl.

1. La corteza prefrontal ventromedial también está hipoactiva en la esquizofrenia no tratada, y esa hipoactividad se asocia a los síntomas negativos y afectivos.
2. Es la relación que establece el manual entre la hipoactividad en la CPFDL y los síntomas cognitivos.
3. La vía nigroestriatal es la vía motora de la dopamina, que el manual relaciona con los efectos motores del bloqueo D2.
4. La hiperactividad de la vía mesolímbica se asocia a los síntomas positivos, como los delirios y las alucinaciones auditivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 4, pág. 158; cap. 5, págs. 163 y 167, y figura 5-3. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 16, pág. 531.

EN EL ATLAS

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

222 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K2 · Genética, evolución y ecología del comportamiento

Respuesta correcta: 3

Según las revisiones más recientes, la heredabilidad del Cociente de Inteligencia (CI) se estima que tiene un valor de alrededor de 0.75; esto significa que:

1. El 75% del CI se debe a los genes.
2. El 25% del CI se debe al ambiente.
3. El 75% de la variación fenotípica observada entre los individuos de la población se debe a las diferencias genéticas entre esos mismos individuos. ✓
4. El 75% de la variación fenotípica observada entre los individuos de la población se debe a las diferencias en el ambiente en el que se encuentras esos mismos individuos.

Una heredabilidad de 0,75 significa que el 75 % de la variación fenotípica de la población se debe a diferencias genéticas

Del Abril explica que la **heredabilidad** es la proporción de la **variabilidad** de un rasgo atribuible a **diferencias genéticas**, el concepto más importante de la genética cuantitativa. Es un valor entre 0 y 1 que representa la proporción de la variabilidad del rasgo fenotípico atribuible a los genes; la **ambientalidad** es la proporción atribuible a los factores ambientales. La varianza fenotípica total es la suma de la varianza genética, debida a diferencias genéticas entre los individuos de la población, y la ambiental. Bermúdez (2011) añade que el coeficiente se refiere a una **población particular** y no refleja la influencia de la herencia en un **individuo**. Por eso 0,75 describe la variación entre los individuos de la población.

1. La heredabilidad se refiere a la variabilidad entre los individuos de una población; leerla como la parte del CI de una persona que procede de sus genes es el error que advierte Bermúdez.
2. Aplica el mismo error al ambiente: 0,25 sería la proporción de la variabilidad atribuible a factores ambientales en la población.
3. Es la definición de heredabilidad aplicada al valor de 0,75.
4. Atribuye al ambiente la proporción que corresponde a las diferencias genéticas; el 75 % ambiental describiría una ambientalidad de 0,75.

Trampa. Las opciones 1 y 2 leen la heredabilidad como un reparto dentro de cada individuo; el índice describe diferencias en una población concreta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 72-73.
Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 3, pág. 120.

EN EL ATLAS

Tema K2 · Genética, evolución y ecología del comportamiento. Se estudia con Del Abril (Base).

223 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K11 · Conducta de ingesta

Respuesta correcta: 4

¿Qué región cerebral se ha relacionado con el inicio de la ingesta y con la reducción del metabolismo?:

1 El núcleo ventromedial del hipotálamo.

2 El núcleo pulvinar del tálamo.

3 El área preóptica ventrolateral del hipotálamo.

4 Distintas zonas del hipotálamo (lateral, núcleo arqueado, núcleo paraventricular...) ✓

El inicio de la ingesta y la reducción del metabolismo dependen de varias zonas del hipotálamo

Carlson explica que las neuronas del **hipotálamo lateral** que segregan **MCH y orexina** incrementan la ingesta de comida y **disminuyen el índice metabólico**. Estas neuronas son activadas por neuronas del **núcleo arqueado** que segregan **NPY y AGRP**, que responden a la grelina y a las señales de glucoprivación del bulbo raquídeo. Las neuronas NPY/AGRP del núcleo arqueado proyectan también al **núcleo paraventricular**, que participa en el control de la secreción de insulina y del metabolismo. El hambre y el ahorro metabólico dependen, por tanto, de un circuito que reúne varias zonas del hipotálamo. El hipotálamo ventromedial, en cambio, es un importante regulador de la saciedad.

1 El núcleo ventromedial del hipotálamo es un importante regulador de la saciedad, donde convergen las señales que inhiben la ingesta.

2 El núcleo pulvinar del tálamo es un núcleo del tálamo posterior que aporta información visual subcortical a la amígdala.

3 El área preóptica ventrolateral concentra la mayoría de las neuronas promotoras del sueño.

4 Es el circuito que describe el manual: hipotálamo lateral, núcleo arqueado y núcleo paraventricular.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 12, págs. 385-386; cap. 9, pág. 277; cap. 11, pág. 350.

EN EL ATLAS: Tema K11 · Conducta de ingesta. Se estudia con Carlson (Base).

Respuesta correcta: 3

La región de la corteza cerebral que selecciona la estrategia más adecuada para ejecutar un movimiento en función de la experiencia y toma la decisión de iniciar el movimiento es:

1 El área motora primaria.
2 La corteza prefrontal ventromedial.
3 La corteza prefrontal dorsolateral. ✓
4 La corteza inferotemporal.

La corteza prefrontal dorsolateral elige la estrategia del movimiento y decide iniciarlo

Del Abril sitúa en el nivel más alto de la jerarquía motora dos **áreas de asociación**, la corteza parietal posterior y la **prefrontal dorsolateral**. Esta última desempeña un papel fundamental en la planificación del comportamiento en función de la **experiencia**: con la representación de los estímulos que le aporta la parietal posterior, compara la situación actual con estrategias de experiencias previas y selecciona la **estrategia más adecuada** para ejecutar con éxito el movimiento. Además, toma la **decisión de iniciar** los movimientos, porque en monos sus neuronas son las primeras en activarse antes de una tarea motora, incluso antes que las de las áreas motoras, y transmite las señales a las áreas premotoras. La tabla 12.1 lo resume.

1. El área motora primaria se encarga del inicio o disparo del movimiento y de elaborar las órdenes motoras de cuándo y cómo se han de mover los músculos.
2. La corteza prefrontal ventromedial no figura entre las áreas corticales del control motor de la tabla 12.1.
3. Es la función que el manual atribuye a la corteza prefrontal dorsolateral.
4. La corteza inferotemporal tampoco aparece entre las áreas implicadas en el control motor.

TABLA 12.1. ÁREAS CORTICALES IMPLICADAS EN EL CONTROL MOTOR Y SUS FUNCIONES PRINCIPALES

Áreas	Área cortical	Función principal
Áreas de asociación	Corteza parietal posterior (áreas 5, 7, 39 y 40 de Brodmann)	Aporta las claves sensoriales y motivacionales en los movimientos dirigidos a un blanco.
Áreas de asociación	Corteza prefrontal dorsolateral	Selecciona la estrategia más adecuada para ejecutar el movimiento en función de la experiencia. Toma la decisión de iniciar el movimiento.
Áreas motoras o corteza motora	Áreas premotoras o corteza motora secundaria (área 6 de Brodmann), corteza premotora (zona lateral)	Planificación o programación motora, especialmente de los movimientos desencadenados por estímulos externos.
Áreas motoras o corteza motora	Áreas premotoras o corteza motora secundaria (área 6 de Brodmann), área motora suplementaria (zona superior y medial)	Planificación o programación motora y coordinación bimanual.
Áreas motoras o corteza motora	Área motora primaria (área 4 de Brodmann)	Inicio o disparo del movimiento. Elaboración de las órdenes motoras de cuándo y cómo se han de mover los músculos.

Fuente: Del Abril et al. (2016), cap. 12, tabla 12.1, pág. 370

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.1, pág. 370.

Tema K7 · Control motor. Se estudia con Del Abril (Base).

225 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 1

¿Qué técnica de investigación permite activar o inhibir determinadas regiones de la corteza cerebral con el objetivo de poder establecer relaciones de naturaleza causal entre actividad cerebral y comportamiento?:

1. Estimulación magnética transcraneal. ✓
2. Magnetoencefalografía.
3. Tomografía axial computerizada (TAC).
4. Autorradiografía.

La estimulación magnética transcraneal modifica la actividad cortical y permite inferir relaciones causales

Redolar presenta la **estimulación magnética transcraneal** (EMT) entre las técnicas que intervienen sobre la actividad cerebral, como alternativa más cómoda y menos invasiva a la anestesia o a la estimulación eléctrica para estudiar el funcionamiento cerebral, porque produce una **interferencia** en su actividad normal, con alta resolución espacial y temporal. Carlson la sitúa entre los métodos para **estimular** la actividad neural, en los que una bobina electromagnética sobre el cráneo induce corrientes que activan las neuronas corticales, con efectos muy parecidos a los de la estimulación directa del encéfalo. Por eso sirve para poner a prueba relaciones **causales**: en un estudio que recoge Carlson, alterar temporalmente con EMT el área corporal extraestriada afectaba a la capacidad de reconocer fotografías de partes del cuerpo. Las demás técnicas de las opciones solo **registran** o muestran el encéfalo.

1. Es la técnica que actúa sobre la actividad cortical, activándola o interfiriendo con ella.
2. La magnetoencefalografía registra los campos magnéticos que produce la actividad de las neuronas; no la modifica.
3. La tomografía axial computarizada utiliza rayos X para obtener imágenes de la estructura del encéfalo in vivo.
4. La autorradiografía revela la actividad metabólica de las regiones cerebrales; es otro método de registro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, págs. 138-139. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 5, págs. 128, 134-135 y 137-139; cap. 6, pág. 174.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes trastornos presenta una mayor comorbilidad con el Trastorno Obsesivo Compulsivo en adultos?:

1 Depresión. ✓
2 Trastornos de la Conducta Alimentaria.
3 Trastornos de Control de Impulsos.
4 Trastornos de la Personalidad.

La depresión es la comorbilidad más frecuente del TOC entre las opciones

Según el DSM-5, muchos adultos con TOC tienen un diagnóstico de por vida de **trastorno de ansiedad** (76 %) o de **trastorno depresivo o bipolar** (63 %), y el más común es el **trastorno depresivo mayor** (41 %). La comorbilidad con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se sitúa entre el 23 y el 32 %. Como los trastornos de ansiedad no figuran entre las opciones, la depresión es la que más comorbilidad tiene. Belloch coincide en que entre la mitad y un tercio de los pacientes con TOC tienen otro trastorno, especialmente **depresión** y otros trastornos de ansiedad.

1 Los trastornos depresivos o bipolares llegan al 63 % a lo largo de la vida.
2 El DSM-5 dice que las tasas de TOC son elevadas en la anorexia y la bulimia nerviosas, pero no da cifras que las acerquen a la depresión.
3 El DSM-5 solo menciona una asociación con algunos trastornos caracterizados por la impulsividad, como el negativista desafiante, sin dar cifras.
4 El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva aparece en el 23-32 %, por debajo de la depresión.

COMORBILIDAD EN ADULTOS CON TOC (DSM-5-TR)

Trastorno comórbido	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	76 %
Trastorno depresivo o bipolar	63 %
Trastorno del control de los impulsos	56 %
Trastorno depresivo mayor	41 %
Trastorno por consumo de sustancias	39 %
Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	23-32 %
Trastorno de tics	Hasta un 30 %

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno obsesivo-compulsivo, comorbilidad, pág. 271

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 242. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 161.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 116

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes variables de tipo epidemiológico, ha mostrado estar más consistentemente relacionada con la esquizofrenia:

1 El efecto estacional. ✓
2 El área geográfica.
3 El nivel socioeconómico.
4 El estado civil.

El efecto estacional de los nacimientos es el dato epidemiológico más consistente de la esquizofrenia

Caballo et al. (2014) recogen que, en la esquizofrenia, el único dato epidemiológico con **mayor consistencia** en todos los estudios es el **efecto estacional**: uniendo los estudios revisados por Straube y Oates (1992) con metaanálisis posteriores, hay una proporción anormal de nacimientos de personas diagnosticadas de esquizofrenia, en ambos hemisferios, en los **últimos meses del invierno** o primeros de la primavera. Fonseca-Pedrero (2018) cifra esa proporción entre un 5 % y un 15 % más alta que en la población general. Para el **nivel socioeconómico** los datos son contradictorios, y para la distribución **geográfica** y el **estado civil** el manual describe tendencias con explicaciones alternativas. Carlson y Belloch (2008) relacionan el efecto estacional con infecciones víricas maternas.

1 Es el dato que los estudios encuentran de forma más consistente.
2 Hay estudios que informan de que la esquizofrenia afecta por igual a todas las zonas y otros que encuentran diferencias geográficas, de modo que el dato es menos consistente.
3 Los datos sobre el nivel socioeconómico son contradictorios: hay estudios que encuentran más esquizofrenia en la clase más baja, otros en la más alta y otros sin diferencias.
4 El mayor riesgo entre solteros, separados o divorciados podría deberse a la dificultad que el propio trastorno impone para mantener una pareja.

Ojo. La afirmación literal procede de la 2.ª ed. de Caballo et al. (2014). La 3.ª ed. (2024, cap. 14, pág. 441) ya no la recoge y destaca como grupos de alto riesgo a quienes han crecido en entornos urbanos, a los nacidos de padres de 45 años o más y a los inmigrantes; Belloch (2020, cap. 11, pág. 357) señala también una incidencia superior en zonas urbanas muy pobladas. Con las ediciones vigentes, la opción 2 gana peso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, págs. 404-405. Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 1, pág. 37. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 16, págs. 522-523. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Caps. 14-15, pág. 429. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, pág. 441. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 357.

EN EL ATLAS
Tema B19. Se estudia con Fonseca Evaluación Psicosis (Consulta) y Belloch 2008 (Ampliación).

228 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología

Respuesta correcta: 3

¿En qué núcleos se producen las hormonas oxitocina y vasopresina que son liberadas por la neurohipófisis?:

1 Los núcleos preóptico medial y dorsomedial del hipotálamo.

2 Los núcleos arqueado y suprequiasmástico del hipotálamo.

3 Los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo. ✓

4 Los núcleos ventromedial y preóptico lateral del hipotálamo.

La oxitocina y la vasopresina se producen en los núcleos supraóptico y paraventricular y se liberan en la neurohipófisis

Del Abril explica que la **hipófisis posterior** o **neurohipófisis** libera dos hormonas, **oxitocina** y **vasopresina**, que se producen en los **núcleos supraóptico y paraventricular** del hipotálamo. Estos núcleos contienen grandes **neuronas magnocelulares** cuyos axones atraviesan la eminencia media y el tallo hipofisario hasta la neurohipófisis, donde terminan en contacto con los capilares sanguíneos. La oxitocina interviene en el parto y en la lactancia, con el reflejo de eyección de leche, y la vasopresina regula el volumen sanguíneo, el balance electrolítico y la presión arterial; sin ella el riñón produce mucha orina diluida (diabetes insípida). Belloch (2008) recoge los mismos núcleos en su tabla de transductores neuroendocrinos.

1 El área preóptica medial es la región del prosencéfalo más importante para la conducta sexual masculina; la oxitocina y la vasopresina proceden de otros núcleos.

2 El núcleo arqueado alberga neuronas NPY/AGRP que intervienen en el hambre, y el supraquiasmático es el principal reloj biológico de los ritmos circadianos.

3 Son los núcleos que producen las dos hormonas que libera la neurohipófisis.

4 El núcleo ventromedial es un importante regulador de la saciedad; las hormonas neurohipofisarias se producen en el supraóptico y el paraventricular.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 398-400. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, pág. 286; cap. 10, pág. 311; cap. 12, págs. 385-386. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, tabla 11.2, pág. 310.

EN EL ATLAS

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

229

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 3

La disociación del afecto se caracteriza por:

1. Ser un síntoma claro de enfermedad mental grave.
2. La coexistencia de emociones contrarias ante el mismo acontecimiento.
3. Sensación de desapego y ausencia de reactividad emocional. ✓
4. Se produce en situaciones deprivación sensorial.

La disociación del afecto se traduce en desapego y falta de reactividad emocional

La pregunta toma un concepto psicopatológico y se resuelve con el DSM-IV. En el **trastorno por estrés agudo** de esa edición, el criterio B exigía al menos tres **síntomas disociativos**, y el primero era la «sensación subjetiva de **embotamiento**, **desapego** o ausencia de **reactividad emocional**». El texto del manual añade que estas personas muestran una disminución de la reactividad emocional, con dificultad para encontrar placer en lo que antes les resultaba gratificante. Lo que se separa de la experiencia es la respuesta afectiva, y por eso la opción 3 describe la disociación del afecto.

1. El manual presenta estos síntomas como respuesta a un acontecimiento traumático y señala que en algunas culturas los comportamientos disociativos son una forma aceptada de responder al estrés agudo. No indican por sí mismos una enfermedad mental grave.
2. La coexistencia de emociones contradictorias ante una misma experiencia es la ambivalencia afectiva, otra alteración que Belloch describe aparte.
3. Coincide con el primer síntoma disociativo del criterio B del trastorno por estrés agudo del DSM-IV.
4. La privación sensorial no aparece en el manual como condición de estos síntomas, que siguen a un acontecimiento traumático extremo.

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS DEL CRITERIO B DEL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (DSM-IV)

Criterio	Síntoma disociativo
B1	Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
B2	Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
B3	Desrealización
B4	Despersonalización
B5	Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

Fuente: APA (1995), DSM-IV, trastorno por estrés agudo, criterios, pág. 443

Ojo. En el DSM-5-TR el «sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás» sigue en el TEPT (criterio D6, pág. 302), pero como alteración cognitiva y del estado de ánimo, fuera del grupo disociativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés agudo, págs. 440-443.
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 353.

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 2016 · n.º 73

230

PSICOLOGÍA BÁSICA

I10 · Emoción

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con la teoría de la emoción de Schachter y Singer, para que una persona experimente una emoción:

1 Tiene que estar en juego una meta.

2 Podría ser suficiente la creencia de estar fisiológicamente activado.

3 La activación fisiológica es necesaria y suficiente.

4 Se necesita tanto la activación fisiológica como la atribución cognitiva. ✓

Para Schachter y Singer la emoción exige activación fisiológica y una atribución cognitiva de esa activación

Palmero explica que, a partir de las aportaciones de Marañón, **Schachter** plantea la **teoría bifactorial** de la emoción: cualquier estado emocional es el resultado de dos factores, el **arousal o activación fisiológica** y los **aspectos cognitivos**, con los que la persona atribuye una explicación causal a esa activación en su medio. Los trabajos de Marañón y de Schachter y Singer (1962) muestran que activación y cognición pueden darse por separado, pero que en ausencia de activación los factores cognitivos por sí solos no bastan para una experiencia emocional completa. Fernández-Abascal añade que la activación indiferenciada determina la **intensidad** de la emoción y la cognición, su **cualidad**. Por eso la teoría considera necesarios ambos factores.

1 Que haya una meta en juego remite a la valoración de lo que un estímulo supone para el bienestar del individuo, propia de los planteamientos de la evaluación y la valoración que Palmero expone junto a esta teoría.

2 Según Palmero, en ausencia de activación fisiológica los factores cognitivos por sí solos son insuficientes para una experiencia emocional completa.

3 La activación es necesaria, pero no suficiente: ya Marañón observó que la mayoría de quienes recibían epinefrina sin un motivo para emocionarse describían solo algo parecido a una emoción.

4 Es el núcleo de la teoría bifactorial: activación fisiológica más atribución cognitiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Cap. 8, págs. 220-221. Fernández-Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2010). Psicología de la emoción. Ramón Areces. Cap. 1, pág. 63.

EN EL ATLAS

Tema I10 · Emoción. Se estudia con Palmero (Base) y Fernández-Abascal Emoción (Ampliación).

231

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 1

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

1 Extinción. ✓

2 Habituación.

3 Inhibición.

4 Desensibilización.

La extinción es el debilitamiento de una respuesta al eliminar los refuerzos o señales que la mantienen

Al revisar los mecanismos que explican la eficacia de la **exposición**, Díaz et al. señalan que la reducción del miedo puede explicarse de forma parsimoniosa con el principio de **extinción** del aprendizaje, un mecanismo que implica el **debilitamiento de una respuesta** por **eliminación de los refuerzos o señales** que la mantienen. Desde la teoría del aprendizaje, la extinción pavloviana ocurre cuando se presenta repetidamente el estímulo condicionado en ausencia del incondicionado. El manual la distingue de la **habituación**, la familiarización con el estímulo que hace responder cada vez menos, y de la **inhibición recíproca** de Wolpe, base de la desensibilización. El enunciado reproduce casi palabra por palabra la definición del manual.

1 Es la definición que da el manual del mecanismo de extinción.

2 La habituación supone la familiarización con el estímulo, de modo que cada vez se responde menos a aquel al que se está expuesto; su definición no habla de retirar refuerzos.

3 La inhibición recíproca supone que la exposición al estímulo manteniendo una respuesta incompatible con la ansiedad, como la relajación, disminuye el miedo aprendido.

4 La desensibilización sistemática es la técnica de Wolpe, basada en la inhibición recíproca, que mantiene la relajación mientras se presentan gradualmente en imaginación estímulos de intensidad ansiógena creciente.

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. 206 y 208; cap. 5, pág. 256. Ruiz, M. Á., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, pág. 198.

EN EL ATLAS: Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 87

232 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

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

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

En la fobia social la exposición es más difícil de programar porque las situaciones sociales son variables e impredecibles

Salaberría y Echeburúa, en la Guía de tratamientos psicológicos eficaces, sitúan la **exposición en vivo** como tratamiento de elección de la fobia social de tipo generalizado, pero advierten que sus sesiones son **más difíciles de programar** que en otras fobias. Al ser las situaciones sociales de **naturaleza variable** y, con frecuencia, **impredecibles**, las tareas no siempre pueden graduarse. Además, muchas situaciones evitadas, como saludos, conversaciones o llamadas, son **breves** e impiden sesiones largas, que son las más efectivas; los fóbicos sociales pueden exponerse físicamente sin comprometerse atencionalmente; y en muchas situaciones sociales falta un feedback positivo inmediato que elimine el temor a la crítica.

1. La fobia a la sangre plantea otra particularidad, su respuesta bifásica, que exige un tratamiento específico para elevar la presión arterial, pero la guía no le atribuye este problema de programación.
2. La guía no señala esta dificultad para la agorafobia; la reserva para la fobia social, frente a otras fobias.
3. Es la fobia para la que la guía describe expresamente esa dificultad.
4. La guía tampoco describe esa dificultad para la fobia a la oscuridad; la atribuye a la variabilidad de las situaciones sociales.

Ojo. El comentario de partida cita la Guía con fecha de 2008 y pág. 273; en el corpus está la edición de 2003 (versión digital sin paginar), cap. 10, apdo. 2. Su segunda referencia, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), pág. 218, no recoge esta dificultad de la fobia social.

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, fobia social), apdo. 2 (edición digital sin paginar). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 37.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

233 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 1

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

1 Movimientos oculares. ✓

2 Inhibición psicomotora.

3 Secreción salivar.

4 Ritmo cardiaco.

Los movimientos oculares de seguimiento son uno de los principales marcadores psicofisiológicos de la esquizofrenia

Moreno Rosset explica que la evaluación psicofisiológica busca indicadores objetivos de la psicopatología y que algunos de ellos se emplean como **marcadores biológicos**, es decir, cualquier variación estructural o funcional asociada a un trastorno que define una población psicopatológica. En la **esquizofrenia**, algunos de los marcadores más importantes están en los **movimientos oculares**, los **potenciales evocados** y la actividad electrodérmica. Los movimientos lentos de **seguimiento ocular** muestran irregularidades, con una frecuencia anómala de movimientos rápidos que revela problemas de control inhibitorio, en el 50-80 % de los pacientes y en torno al 45 % de sus familiares de primer grado. Por eso se proponen como marcador genético de propensión a la esquizofrenia.

1. Es el marcador que el manual destaca en primer lugar para la esquizofrenia.
2. La inhibición psicomotora es un síntoma clínico y no figura entre los marcadores psicofisiológicos de la esquizofrenia que recoge el manual.
3. La secreción salivar no aparece entre los marcadores psicofisiológicos que el manual asocia a la esquizofrenia.
4. El ritmo cardíaco tampoco está entre ellos: el manual cita los movimientos oculares, los potenciales evocados y la actividad electrodérmica.

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. 296 y 303.

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

234 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 1

¿Qué se entiende por “Reactancia Psicológica”?:

1 La reacción motivacional que se produce como consecuencia de percibir una amenaza a la libertad de acción, es decir, ante la pérdida de control personal. ✓

2 Una reacción emocional que conlleva agresión física frente a una amenaza percibida.

3 Una respuesta verbal reactiva cuya intencionalidad es responder a una afrenta recibida.

4 La hiperreactividad emocional y fisiológica que se produce ante situaciones amenazantes.

La reactancia es la activación motivacional que surge cuando se amenaza la libertad de acción

Bermúdez (2011) presenta la **reactancia psicológica** (Brehm, 1966) como una de las dos teorías sobre las reacciones ante las **situaciones incontrolables**, junto con la indefensión aprendida. Según esta teoría, cuando se **amenaza la libertad** de una persona para llevar a cabo una conducta, experimenta una **activación motivacional** que la lleva a intentar **restaurar su libertad de acción**; por eso el manual la describe como un incremento de acción, frente al decremento de la indefensión. Pone como ejemplo las colas en las gasolineras antes de una huelga. Gaviria et al. (2019) la recogen en la persuasión: la sensación de amenaza a la libertad suscita una reacción para recuperarla, lo que lleva a luchar por lo que se prohíbe.

1 Es la definición: una reacción motivacional ante la amenaza a la libertad de acción, es decir, ante la pérdida de control.

2 La agresión física ante una amenaza queda fuera de la definición, que se refiere a un estado motivacional orientado a restaurar la libertad.

3 Una respuesta verbal ante una afrenta tampoco encaja: la reactancia surge ante la pérdida o la amenaza de una libertad.

4 La hiperreactividad emocional y fisiológica ante situaciones amenazantes deja fuera el elemento definitorio de la reactancia, la amenaza a la libertad y la motivación para recuperarla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 364-365. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 191.

EN EL ATLAS: Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

235

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

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

1 Evaluar muestras amplias con test psicometricamente fiables.

2 Evaluar de forma más cualitativa e ideográfica.

3 Evaluar a partir de pruebas y datos objetivos no manipulables por la persona. ✓

4 Evaluar con pruebas que presentan una validez externa elevada.

Los datos T de Cattell proceden de pruebas objetivas que la persona no puede manipular

Cattell quiso replicar y validar su taxonomía de la personalidad con tres fuentes de datos: L (observación), Q (autoinformes) y T (pruebas objetivas). Según el cuadro 7.2 de Sánchez-Elvira, los **datos T** provienen de las respuestas a **pruebas objetivas** (de rendimiento o fisiológicas) en situaciones estandarizadas y controladas, que no deben dar al individuo información sobre los propósitos últimos de la prueba, para obviar las fuentes de error de los cuestionarios. Los datos Q, en cambio, pueden **distorsionarse** de forma voluntaria o involuntaria, por deseabilidad social o aquiescencia. Bermúdez añade que los datos T eran los preferidos de Cattell porque la persona **no es consciente de la relación** entre su respuesta y la característica que se mide.

1 Aplicar tests psicométricos a muestras amplias no es lo que define a los datos T; su rasgo propio es que la persona no pueda manipular su respuesta.

2 Los datos T se obtienen en situaciones estandarizadas y empíricamente controladas, lo contrario de una evaluación cualitativa e idiográfica.

3 Es la ventaja de los datos T: pruebas objetivas cuyo propósito desconoce la persona, que difícilmente puede falsear sus respuestas.

4 Los manuales no atribuyen a los datos T una validez externa elevada; los definen por la objetividad de la prueba y por evitar las distorsiones de los autoinformes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.2, pág. 342. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 3.4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 46

Índice por temas del Atlas

A3	Clasificación y diagnóstico	59
A4	Atención y Conciencia	161, 162
A5	Percepción e Imaginación	163, 164, 165
A6	Memoria	149, 157, 158, 159, 160
A7	Pensamiento	152, 153, 154, 209
A8	Lenguaje	150
A9	Comportamiento y Conducta Motora	155, 156
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	197, 200
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	198, 199, 202, 203
B6	Adicciones a sustancias	192, 211, 212
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	170
B11	Trastornos de ansiedad	57, 58, 169, 176, 177, 178, 179, 182, 185, 187, 188
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	175, 181, 186, 189, 229
B14	TOC y trastornos relacionados	54, 180, 183, 190, 226
B15	Trastornos depresivos	52, 60, 172, 174, 184, 191, 193, 194, 195
B17	Trastornos disociativos	50, 151, 208
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	210, 227
B20	Trastornos de la personalidad	204, 205, 206, 207
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	166
B25	Trastornos del aprendizaje	56, 168
B26	Discapacidad intelectual	53
B28	Trastorno del espectro del autismo	51
B29	TDAH	40
B31	Trastornos del movimiento y desarrollo motor	55, 61
C1	Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia	109
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	86, 128, 129, 134
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	99, 100, 101
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	102
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	74, 75, 79, 80, 81, 91, 94, 232
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	72, 76, 77, 78
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	68, 69, 70, 71
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	90, 201
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	98
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	123, 125, 126, 127

C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	119, 120
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	84
C26	Tratamientos del TEA	89
C27	Tratamientos del TDAH	87
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	93
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	92
D1	La psicología de la salud: modelos y fundamentos	213
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	215
D10	Dolor crónico y fibromialgia	214
D12	Trastornos cardiovasculares e hipertensión	217
D13	Cáncer y enfermedad terminal	216
E1	Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica	29
E4	La entrevista	31, 42
E5	La observación sistemática	44, 45
E6	Los autoinformes	27
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	43, 233
E9	Las técnicas proyectivas	26, 28
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 167, 171
E12	Evaluación neuropsicológica	39
F1	Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia	103, 107
F2	Factores comunes y relación terapéutica	104
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	106
F10	Terapia familiar sistémica	105
F12	Técnicas operantes	82, 85, 118, 131
F13	Técnicas de exposición y desensibilización sistemática	112, 113, 115, 133, 231
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	130, 132
F16	Técnicas de afrontamiento y solución de problemas	88, 111
F17	Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas	83, 116
F18	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	110
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	96, 117
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	108
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	73, 95, 97
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	13, 14, 16, 25, 38, 47, 48
H5	Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas	12, 18, 46
H7	Herencia y ambiente	15
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	17, 20, 21, 22, 49, 114, 235

H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	234
H13	Afectividad negativa y positiva	23
H14	Motivación y personalidad	24
I2	Atención	142
I3	Sensación y percepción	138
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	141
I5	Condicionamiento instrumental	140
I6	Memoria	137, 143
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	139
I9	Motivación	135
I10	Emoción	230
J2	Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor	64
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	66
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	62
J8	Desarrollo moral	63
J9	Adolescencia	65
J10	Adultez y vejez	67
K1	Métodos y técnicas de investigación	225
K2	Genética, evolución y ecología del comportamiento	222
K7	Control motor	224
K8	Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología	228
K11	Conducta de ingesta	223
K12	Emoción y cognición social	218
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	19
K17	Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones	173, 196, 221
K18	Psicofarmacología	121, 124, 219, 220
L1	El método científico y las estrategias de investigación	2, 122
L6	Diseños cuasiexperimentales	1
L11	Estadística descriptiva de dos variables	8
L13	Probabilidad y distribuciones de probabilidad	5
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	4, 6, 7
L18	Contraste de la relación entre variables	3
L20	Fiabilidad de los tests	11
L21	Validez de los tests	10
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	9
L23	Teoría de respuesta al ítem	41
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	146
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	136, 145

M4	Influencia social y persuasión	148
M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	147
M8	Relaciones intergrupales	144