ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2016

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 2016. 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 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K2 · Genética, evolución y ecología del comportamiento

Respuesta correcta: 2

La enfermedad de Huntington es un trastorno hereditario que:

1. Sigue un patrón de transmisión autosómico recesivo.
2. Sigue un patrón de transmisión autosómico dominante. ✓
3. Sigue un patrón de transmisión ligado al sexo.
4. Sigue un patrón de transmisión multifactorial.

La enfermedad de Huntington se hereda por un gen autosómico dominante

Carlson define la **enfermedad de Huntington** como un trastorno hereditario provocado por un **gen dominante** situado en el **cromosoma 4**, y en el resumen del capítulo la llama trastorno hereditario **autosómico dominante** que produce la degeneración del núcleo caudado y el putamen. Del Abril explica que el patrón de transmisión de un carácter mendeliano depende del tipo de cromosoma donde se halla el gen (un autosoma o un cromosoma sexual) y de la relación de dominancia entre sus alelos, de modo que la herencia monogénica tiene tres patrones: autosómica dominante, autosómica recesiva y **ligada al sexo**. En la edición de 2009, la corea de Huntington era su ejemplo de transmisión autosómica dominante, en la que manifiestan el carácter tanto los homocigotos como los heterocigotos.

1. En la transmisión autosómica recesiva solo los homocigotos manifiestan el carácter y los heterocigotos son portadores. La enfermedad de Huntington se debe a un único gen dominante.
2. Carlson la describe como un trastorno hereditario autosómico dominante, causado por un gen dominante en el cromosoma 4.
3. El gen está en el cromosoma 4, que es un autosoma, y la enfermedad tiene la misma incidencia en varones y mujeres, por lo que no está ligada al sexo.
4. Cuando un rasgo depende de varios genes, como la altura o la inteligencia, Del Abril habla de herencia poligénica. La enfermedad de Huntington depende de un solo gen.

Ojo. La edición de Del Abril vigente en el Atlas (2016) ilustra la transmisión autosómica dominante con el gen FOXP2 y la familia KE (pág. 48), y en el capítulo 2 solo nombra la corea de Huntington a propósito del ARN de interferencia (pág. 40). El ejemplo de la enfermedad de Huntington, con homocigotos y heterocigotos afectados y la misma incidencia en ambos sexos, está en la edición de 2009 (págs. 43-44).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, págs. 503 y 512. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 2, pág. 48. Del Abril Alonso, A. et al. (2009). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 2, págs. 43-44.

EN EL ATLAS

Tema K2 · Genética, evolución y ecología del comportamiento. Carlson no es fuente de este tema. Se estudia con Del Abril (Base).

2

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 3

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico que se ha relacionado con la degeneración de las neuronas:

1. Del sistema mamilotalámico.
2. Del sistema colinérgico del prosencéfalo basal.
3. Del sistema nigroestriado. ✓
4. Del sistema serotoninérgico de los núcleos del rafe.

El Parkinson se debe a la degeneración del sistema nigroestriado

Del Abril atribuye la **enfermedad de Parkinson**, prototipo de los trastornos hipocinéticos, a la degeneración de la **sustancia negra** (en concreto de su parte compacta) y de sus proyecciones al **neoestriado**, lo que debilita las señales que llegan a las áreas motoras de la corteza. Carlson lo resume con el nombre de la vía: el encéfalo tiene dos grandes sistemas dopaminérgicos, el **sistema nigroestriado**, cuya lesión causa la enfermedad de Parkinson, y el mesolímbico/mesocortical, y la enfermedad solo daña el primero. Las otras tres opciones nombran sistemas que los manuales asocian a otras funciones o enfermedades.

1. El tracto mamilotalámico lleva señales de los núcleos mamilares del hipotálamo al núcleo anterior del tálamo y forma parte del circuito de Papez.
2. La degeneración de las vías colinérgicas de los núcleos basales del encéfalo anterior, sobre todo del núcleo basal de Meynert, se asocia a la pérdida de memoria de la enfermedad de Alzheimer.
3. La lesión del sistema nigroestriado, formado por las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra que proyectan al neoestriado, causa la enfermedad de Parkinson.
4. Las neuronas de los núcleos del rafe sintetizan serotonina y sus vías ascendentes modulan la activación cortical y los estados de ánimo.

> **Trampa.** La opción 2 también describe una degeneración neuronal real, pero es la de la enfermedad de Alzheimer.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 383; cap. 8, págs. 236 y 239. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, pág. 500; cap. 4, pág. 105.

EN EL ATLAS

Tema K7 · Control motor. Se estudia con Del Abril (Base). Del Abril es Base del tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso.

3 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 4

¿Qué células localizadas en el sistema nervioso central rodean los capilares cerebrales y las membranas neuronales, participando en el suministro de nutrientes a las neuronas?:

1 Células de Schwann.

2 Oligodendrocitos.

3 La microglia.

4 Astrocitos. ✓

Los astrocitos rodean los capilares y suministran nutrientes a las neuronas

Del Abril distingue en el SNC tres tipos de glía (**astrocitos**, **oligodendrocitos** y **microglía**) y señala que en el SNP las células de Schwann realizan algunas de sus funciones. Los astrocitos, las células gliales más abundantes, dan soporte estructural, modulan la transmisión sináptica, responden a la lesión, recubren los vasos sanguíneos cerebrales y **suministran nutrientes** a las neuronas. Para ello, los pies terminales de sus prolongaciones rodean los **capilares** cerebrales y las membranas neuronales y distribuyen nutrientes, oxígeno y hormonas desde el sistema circulatorio hasta las neuronas, además de eliminar sus productos de desecho. El enunciado reproduce esta función casi con las mismas palabras.

1 Las células de Schwann se localizan en el SNP, y una de sus principales funciones es formar la mielina alrededor de los axones periféricos.

2 Los oligodendrocitos emiten prolongaciones que se enrollan alrededor de los axones del SNC y forman la vaina de mielina.

3 La microglía es escasa en condiciones normales y se activa ante una lesión o una infección, cuando migra a la zona del daño y elimina restos celulares.

4 Los pies terminales de los astrocitos rodean los capilares cerebrales y las membranas neuronales para distribuir nutrientes, oxígeno y hormonas hasta las neuronas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 163-165.

Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Del Abril (Base).

4 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina la hormona que impide el desarrollo de los órganos sexuales internos femeninos?:

1 Testosterona.

2 Dihidrotestosterona.

3 Hormona inhibidora del sistema de Müller (hormona Antimülleriana). ✓

4 Estradiol.

La hormona antimülleriana impide que se desarrollen los órganos sexuales internos femeninos

Al principio del desarrollo, los órganos sexuales internos son bisexuales: el **sistema de Müller** es el precursor de los femeninos y el **sistema de Wolff**, de los masculinos. El sistema de Müller se desarrolla sin ningún estímulo hormonal de las gónadas, así que para impedirlo hace falta una hormona. Los testículos segregan dos tipos de hormonas: la **hormona inhibidora del sistema de Müller**, un péptido que impide el desarrollo de ese sistema y tiene, por tanto, un efecto **desfeminizante**, y los andrógenos, que estimulan el sistema de Wolff y tienen un efecto masculinizante. Su glosario la llama también hormona antimülleriana.

1 La testosterona es un andrógeno segregado por los testículos que estimula el desarrollo del sistema de Wolff, con un efecto masculinizante.

2 La dihidrotestosterona, que la enzima 5-α-reductasa obtiene de la testosterona, convierte en masculinos los genitales externos.

3 La hormona inhibidora del sistema de Müller impide el desarrollo del precursor de los órganos sexuales internos femeninos.

4 El estradiol lo segregan los folículos ováricos. El sistema de Müller se desarrolla sin hormonas de los ovarios, como muestra el síndrome de Turner, y lo frena una hormona de los testículos.

> **Para fijarlo.** Lo femenino se desarrolla por defecto; lo masculino necesita dos señales de los testículos, una que frena el sistema de Müller y otra que impulsa el de Wolff.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 10, págs. 297-298 y 301; glosario, pág. 621.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 63

5 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 4

La región de la corteza cerebral que aporta las claves sensoriales y motivacionales en los movimientos dirigidos a un objetivo es:

1 El área motora primaria.

2 La corteza prefrontal ventromedial.

3 La corteza prefrontal dorsolateral.

4 La corteza parietal posterior. ✓

La corteza parietal posterior aporta las claves sensoriales y motivacionales del movimiento dirigido

Del Abril sitúa en el nivel más alto de la jerarquía motora dos **áreas de asociación**, la **corteza parietal posterior** y la **prefrontal dorsolateral**, que integran señales sensoriales y las envían a la corteza motora. La parietal posterior recibe información sobre la posición del cuerpo, la situación espacial de los objetos y el estado de motivación del organismo, y algunas de sus neuronas se activan cuando el animal intenta alcanzar un objeto que desea. Por eso interviene en los **movimientos dirigidos a un blanco** aportando las claves sensoriales necesarias para realizarlos y las señales motivacionales relacionadas con el estado del individuo. La tabla 12.1 del manual lo recoge con las mismas palabras del enunciado.

1. Según la tabla 12.1, el área motora primaria se ocupa del inicio o disparo del movimiento y de elaborar las órdenes motoras de cuándo y cómo han de moverse los músculos.
2. La corteza prefrontal ventromedial no figura entre las áreas corticales del control motor. Carlson le atribuye la inhibición de las respuestas emocionales condicionadas durante la extinción.
3. La corteza prefrontal dorsolateral selecciona la estrategia más adecuada para ejecutar el movimiento en función de la experiencia y toma la decisión de iniciarlo.
4. La corteza parietal posterior aporta las claves sensoriales y motivacionales en los movimientos dirigidos a un blanco.

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 Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.1, págs. 369-370. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, pág. 333.

EN EL ATLAS Tema K7 · Control motor. Se estudia con Del Abril (Base).

6 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K11 · Conducta de ingesta

Respuesta correcta: 3

El sistema neural que integra la mayoría de los estímulos relacionados con la sed osmótica y la volémic a incluye al:

1 Locus coeruleus.

2 Sustancia gris periacueductal.

3 Núcleo preóptico mediano. ✓

4 Núcleo preóptico medial.

El núcleo preóptico mediano integra las señales de la sed osmótica y la volémica

La **sed osmótica** la detectan osmorreceptores del **OVLT** (y algunos del órgano subtrigonal), y la **sed volémica** depende de la **angiotensina**, que actúa en el **órgano subtrigonal** (OST). Las neuronas del OST envían sus axones al **núcleo preóptico mediano**, un pequeño núcleo de la lámina terminal que rodea la parte frontal de la comisura anterior y que recibe también información del OVLT y del núcleo del tracto solitario. Thrasher y colaboradores propusieron que este núcleo actúa como un sistema que integra la mayoría o todos los estímulos relacionados con la sed osmótica y la volémica, y sus lesiones excitotóxicas causan graves alteraciones de la sed osmótica.

1 El locus coeruleus es un grupo de neuronas noradrenérgicas de la protuberancia que interviene en el arousal y la vigilancia.

2 La estimulación de la sustancia gris periacueductal produce analgesia, y es una de las regiones más eficaces para conseguirla.

3 El núcleo preóptico mediano recibe la información del OST, que responde a la angiotensina, y del OVLT, que contiene osmorreceptores, y controla la conducta de beber.

4 Carlson advierte que el núcleo preóptico mediano no debe confundirse con el núcleo preóptico medial. El área preóptica medial es, según el manual, la región del prosencéfalo más importante para la conducta sexual masculina.

Trampa. Mediano y medial se diferencian en una sola sílaba. El propio manual avisa de que no deben confundirse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 12, págs. 369-371; cap. 9, pág. 281; cap. 7, pág. 215; cap. 10, pág. 311.

EN EL ATLAS

Tema K11 · Conducta de ingesta. Se estudia con Carlson (Base).

7 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 1

¿Qué región cerebral se encuentra implicada en la inhibición y extinción de las respuestas emocionales condicionadas?:

1 La corteza prefrontal medial o ventromedial. ✓

2 La corteza parietal posterior.

3 La sustancia gris periacueductal.

4 El núcleo ventromedial del hipotálamo.

La corteza prefrontal ventromedial inhibe la respuesta emocional condicionada durante la extinción

Cuando el estímulo condicionado deja de ir seguido del estímulo aversivo, la respuesta condicionada se **extingue**. Redolar subraya que la extinción es otro aprendizaje (aprender que el estímulo ya no precede a la descarga) y que la memoria de la asociación previa no se borra, así que la expresión de la respuesta condicionada ha de **inhibirse**, y en ello la **corteza prefrontal medial** desempeña un papel crítico. Su estimulación eléctrica inhibe las respuestas emocionales condicionadas, su lesión impide la extinción y sus neuronas se activan durante el proceso. Carlson atribuye la misma función a la **corteza prefrontal ventromedial** (CPFvm), que además modula la expresión del miedo en distintas circunstancias.

1 La corteza prefrontal medial o ventromedial se encarga de inhibir la respuesta emocional condicionada y es esencial para su extinción.

2 La corteza parietal posterior aporta las claves sensoriales y motivacionales en los movimientos dirigidos a un blanco (Del Abril, tabla 12.1).

3 La estimulación de la sustancia gris periacueductal produce analgesia, y es una de las regiones más eficaces para conseguirla.

4 La estimulación eléctrica del núcleo ventromedial del hipotálamo facilita la conducta sexual femenina.

Trampa. Ventromedial aparece en dos opciones. La de la extinción es la corteza prefrontal; el núcleo ventromedial pertenece al hipotálamo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, pág. 683. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, pág. 333; cap. 7, pág. 215; cap. 10, pág. 313. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.1, pág. 370.

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

8 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 4

El síndrome que consiste en un cambio en la calidad de la voz que puede dar lugar a la aparición de un acento extranjero se denomina:

1 Aprosodia.

2 Amusia.

3 Hiperprosodia.

4 Disprosodia. ✓

La disprosodia cambia la calidad de la voz y puede dar un acento extranjero

Junqué y Barroso recogen los tres trastornos de la **prosodia** por lesión cerebral que describió **Monrad-Krohn**. La **hiperprosodia** es el uso excesivo de la prosodia, que se observa en afásicos de Broca. La **disprosodia**, también llamada prosodia atáxica, consiste en un cambio en la calidad de la voz que en algunos casos puede dar lugar a la aparición de un «acento extranjero», y se observa al recuperarse de una afasia no fluida. La **aprosodia** implica una limitación en la capacidad para modular la entonación. Uno de los primeros casos de Monrad-Krohn fue una mujer noruega que, tras recuperarse casi por completo de una afasia por lesión frontal, hablaba su idioma con un acento que la hacía pasar por alemana.

1 La aprosodia es una limitación en la capacidad para modular la entonación.

2 La amusia afecta al reconocimiento de la música; la amusia sensorial es la incapacidad de apreciar diversas características de la música oída.

3 La hiperprosodia es el uso excesivo de la prosodia y se observa en pacientes con afasia de Broca que la utilizan para comunicarse.

4 La disprosodia o prosodia atáxica es el cambio en la calidad de la voz que puede producir un «acento extranjero».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 4, pág. 164; cap. 5, págs. 185-186.

Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Se estudia con Junqué (Ampliación).

9 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 3

Al evaluar un paciente neuropsicológicamente nos comunica su perplejidad, sorpresa y preocupación ante el movimiento de su brazo al coger el bolígrafo. Diremos que presenta:

1. Conducta de utilización.
2. Síndrome de reduplicación.
3. Síndrome de la mano ajena. ✓
4. Despersonalización.

La perplejidad ante movimientos propios que no se sienten controlados define la mano ajena

Junqué y Barroso definen el **síndrome de la mano ajena** como un conjunto de conductas motoras anormales y sensaciones asociadas en las que el paciente reacciona con **sorpresa, preocupación o perplejidad** ante movimientos sobre los que no siente control o dominio. Puede formar parte de una **desconexión callosa**, en la que la mano no dominante entra en conflicto con la dominante, o deberse a una lesión frontal medial. En el síndrome calloso el paciente llega a pelearse con su propia mano porque no reconoce como propios los actos que esta realiza. El caso del enunciado (perplejidad ante el movimiento del propio brazo al coger el bolígrafo) encaja con esta definición.

1. En la conducta de utilización, descrita por Lhermitte, el paciente usa los objetos que se le presentan (un bolígrafo, un peine) sin finalidad ni intención; es una conducta elicitada por un estímulo externo.
2. En el síndrome de reduplicación, un trastorno de la conciencia por lesión frontal, el paciente conoce el nombre del hospital pero lo coloca en otra ciudad.
3. El síndrome de la mano ajena se caracteriza por la sorpresa, preocupación o perplejidad del paciente ante movimientos que no siente controlar.
4. En la despersonalización la persona, aunque mantiene la conciencia de su identidad, experimenta una sensación subjetiva de cambio, extrañeza o irrealidad respecto a sí misma.

Trampa. El bolígrafo del enunciado recuerda los ejemplos de la conducta de utilización, pero lo que define el caso es la perplejidad del paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 7, págs. 221-222. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 137.

EN EL ATLAS

Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Se estudia con Junqué (Ampliación).

10 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 2

Señale qué tipo de validez o fiabilidad hace referencia al hecho de que el contenido de una técnica de evaluación psicológica comprenda una muestra representativa del universo posible de las conductas que se pretende evaluar:

1 La validez criterial.

2 La validez de contenido. ✓

3 La fiabilidad.

4 La consistencia interna.

La representatividad de los ítems respecto al universo que se quiere medir es la validez de contenido

Moreno Rosset define la **validez de contenido** como el grado en que los elementos que componen un instrumento de medida constituyen una **muestra relevante y representativa** del posible **universo de ítems** que se podrían haber utilizado para medir el constructo de interés. Muñiz la sitúa en el origen de todo proceso de validación: hay que comprobar la definición del constructo y su **representación** en el test, es decir, el grado en que los ítems representan todos los aspectos del constructo, y lo más recomendable es empezar por el juicio de expertos y completarlo con análisis estadísticos. La validez de criterio, la fiabilidad y la consistencia interna responden a otras preguntas.

1. La validez de criterio determina las relaciones empíricas entre las puntuaciones del test y un criterio o variable externa de interés.
2. La validez de contenido es el grado en que los elementos del instrumento constituyen una muestra relevante y representativa del posible universo de ítems.
3. La fiabilidad es la exactitud (consistencia y estabilidad) de la medición de un test, es decir, la precisión con la que mide la prueba.
4. La consistencia interna es el grado en que los diferentes ítems de una escala miden de manera consistente el mismo constructo subyacente, y es una forma de estimar la fiabilidad.

Trampa. Las opciones 3 y 4 hablan de precisión de la medida; solo las opciones 1 y 2 son formas de validez.

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. 170 y 182-183. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 102-103.

EN EL ATLAS: Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Muñiz (Base).

11 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 2

En la evaluación psicológica, la entrevista se considera semiestructurada cuando el entrevistador trabaja:

1 Con una secuencia de preguntas cerradas.

2 Con una serie de preguntas abiertas prefijadas o un esquema definido. ✓

3 Con una secuencia de preguntas abiertas sin prefijar.

4 Sin un esquema previo, en función de los problemas detectados.

La entrevista semiestructurada sigue un guion o pauta de preguntas con margen de libertad

Las entrevistas se diferencian por su **grado de estructuración**. Moreno Rosset describe la **entrevista semiestructurada** como la que sigue un **guion previo** con un amplio grado de libertad, y la contrapone a la entrevista abierta, en la que el entrevistador deja hablar al entrevistado con preguntas abiertas. Fernández-Ballesteros habla de un **formato semiestructurado** que sigue una **pauta en las preguntas**, entre el formato no estructurado, de estilo distendido y poco directivo, y el estructurado, que incrementa la precisión y facilita comparar las respuestas entre sujetos. Trabajar con preguntas prefijadas o con un esquema definido es lo que distingue la semiestructurada de la entrevista libre.

1 Una secuencia de preguntas cerradas corresponde al formato estructurado, que estructura preguntas y respuestas para ganar precisión y comparabilidad.

2 Seguir una serie de preguntas prefijadas o un esquema definido, con margen para adaptarlas, es lo propio de la entrevista semiestructurada.

3 Hacer preguntas abiertas sin prefijar corresponde a la entrevista abierta, en la que el entrevistador permite hablar al entrevistado sobre el motivo de consulta.

4 Trabajar sin esquema previo y preguntar según lo que vaya apareciendo es lo propio de la entrevista no estructurada, que gana flexibilidad pero tiene peor fiabilidad y validez.

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, págs. 189 y 192. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 5, pág. 173. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 114.

EN EL ATLAS

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

12 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A2 · Conceptos y modelos

Respuesta correcta: 4

Si utilizamos un criterio "alguedónico" como uno de los elementos definitorios de la existencia de una patología, estamos utilizando una variante de los criterios:

1 Estadísticos.

2 Biológicos.

3 Psicoanalíticos.

4 Subjetivos. ✓

El criterio alguedónico es una variante de los criterios subjetivos

Belloch, Sandín y Ramos agrupan los criterios para delimitar lo psicopatológico en **estadísticos**, **sociales e interpersonales**, **subjetivos o intrapsíquicos** y **biológicos**. En los criterios subjetivos es el propio individuo quien dictamina sobre su estado, lo que se traduce en quejas y manifestaciones verbales o comportamentales. Una variante de este criterio es el **alguedónico**, propuesto por **Schneider** (1959), que hace referencia al sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología. Por incluir el sufrimiento ajeno, tiene en cuenta los efectos de la conducta anormal en el contexto social inmediato, algo que el criterio subjetivo no recoge.

1. El criterio estadístico convierte la infrecuencia estadística en criterio definitorio de la anormalidad.
2. Los criterios biológicos entienden las psicopatologías como expresión de alteraciones o disfunciones de las estructuras o los procesos biológicos.
3. Los criterios psicoanalíticos no figuran entre los cuatro grupos de criterios del manual (estadístico, sociales e interpersonales, subjetivos y biológicos).
4. El alguedónico, de Schneider, es una variante del criterio subjetivo que toma el sufrimiento propio o ajeno como elemento definitorio.

Ojo. Caballo et al. (2024) presentan el criterio alguedónico de Schneider como más amplio que el del mero sufrimiento subjetivo personal, porque incluye el de quienes rodean a la persona (pág. 78), pero lo tratan dentro del apartado de criterios subjetivos, igual que Belloch.

Para fijarlo. Algos es dolor en griego: el criterio alguedónico mide la psicopatología por el sufrimiento, también el de los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 38-41. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, pág. 78.

EN EL ATLAS: Tema A2 · Conceptos y modelos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 196

13 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 2

La Técnica de la Rejilla, derivada de la Teoría de los constructos personales de Kelly, se considera, más propiamente, una prueba:

1 Proyectiva.

2 Subjetiva. ✓

3 Psicométrica.

4 Objetiva.

La técnica de rejilla de Kelly es una técnica subjetiva

Moreno Rosset clasifica la **técnica de rejilla** entre las **técnicas subjetivas**, que evalúan significados personales acerca de la persona y su mundo y nacen sobre todo del modelo **constructivista**. Ramírez Uclés y Feixas las definen como instrumentos orientados a recoger y organizar información sobre la estructura, los contenidos y los procesos de los significados personales acerca de uno mismo y el mundo. Su material suele ser semiestructurado y no enmascarado, y su manipulación no está reglada. La rejilla, creada por **George Kelly** desde la teoría de los constructos personales, explora la estructura y el contenido de la red de constructos con que la persona percibe y actúa. Es una prueba de alto grado de estructuración pero no estandarizada.

1 Las técnicas proyectivas proceden del modelo dinámico, que se centra en el mundo inconsciente, y se aplican a un sujeto con muy poca conciencia de los verdaderos propósitos del test. El material de las subjetivas no está enmascarado.

2 La técnica de rejilla figura entre las técnicas subjetivas, junto a los listados de adjetivos, la técnica Q y el diferencial semántico.

3 Las técnicas psicométricas son los test estandarizados que disponen de baremos. La rejilla no es una prueba estandarizada.

4 Las técnicas objetivas utilizan aparatos que registran variables cognitivas, motoras y psicofisiológicas sin que el sujeto pueda controlarlas.

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. 151-153; cap. 9, págs. 317 y 327; cap. 11, pág. 380.

EN EL ATLAS

Tema E7 · Las técnicas subjetivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

14 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 4

La entrevista de evaluación psicológica es un instrumento:

1 Necesariamente cuantificado.

2 Necesariamente sistematizado.

3 Necesariamente tipificado.

4 Puede ser un instrumento ni cuantificado ni tipificado. ✓

La entrevista puede no estar ni cuantificada ni tipificada

Moreno Rosset distingue entre técnica, prueba y test. Las técnicas pueden ser procedimientos **cuantificados y tipificados** o no serlo: las psicométricas lo son porque tienen normas de administración y **baremos**, mientras que la **entrevista**, la observación, las proyectivas y las subjetivas generalmente no lo son, porque no disponen de baremos con los que comparar al sujeto con su grupo normativo. Las pruebas pueden ser tipificadas o no, y los **test** siempre deben estarlo. Por eso la entrevista es un instrumento que puede no estar ni cuantificado ni tipificado, y ninguno de esos rasgos le es necesario.

1. La cuantificación es propia de las técnicas psicométricas. La entrevista generalmente no está cuantificada.
2. La entrevista admite distintos grados de estructuración, y las no estructuradas se adaptan en cada momento a las circunstancias del paciente. Su sistematización no es un requisito.
3. Los test siempre deben estar tipificados, pero la entrevista, como la observación o las técnicas proyectivas, generalmente no lo está.
4. La entrevista es una técnica que, generalmente, no está cuantificada ni tipificada.

> **Trampa.** «Necesariamente» en las tres primeras opciones convierte en requisito lo que solo es una posibilidad.

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 y 182-183. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 114.

EN EL ATLAS

Tema E4 · La entrevista. Moreno Rosset no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Ampliación).

15 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 4

La importancia de la escucha activa en una entrevista se manifiesta en:

1 No dejar pausas en la conversación.

2 Alargar el tiempo de la entrevista.

3 Expresar inicialmente el propio acuerdo con el entrevistado.

4 Mostrar que se ha comprendido cómo se siente el entrevistado. ✓

La escucha activa demuestra al entrevistado que se le ha entendido

Moreno Rosset recoge la definición de García Higuera (2007): la **escucha activa** es la forma de comunicación que demuestra al entrevistado que el entrevistador **le ha entendido**, que ha habido escucha y atención hacia él. Exige una actitud **receptiva**: concentrarse en lo que dice el entrevistado, mantenerse en silencio sin interrumpir y mostrar que se le atiende y comprende **sin juzgar**. Hay momentos en que conviene **dejar pausas** y no llenar los silencios, formular preguntas abiertas y usar asentimientos no verbales. Se manifiesta a través de las respuestas de escucha o técnicas de entrevista verbales no directivas, que se construyen en función del entrevistado.

1 El manual aconseja lo contrario: hay momentos en que conviene dejar pausas para animar al que habla y no llenar los silencios.

2 La escucha activa se define por demostrar comprensión y atención al entrevistado, y el manual no la relaciona con la duración de la entrevista.

3 La actitud del psicólogo ha de ser receptiva, mostrando que atiende y comprende pero sin juzgar.

4 Mostrar que se ha comprendido al entrevistado es la esencia de la escucha activa, que demuestra que el entrevistador le ha entendido.

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, págs. 193-194.

EN EL ATLAS: Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

16 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

El Cociente Intelectual (CI) se define como:

1 La razón entre la edad cronológica y la edad mental multiplicada por 100.

2 La razón entre la edad mental y la edad cronológica multiplicada por 100. ✓

3 La multiplicación de la edad cronológica por la edad mental dividida por 100.

4 El cociente entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por 10.

El CI clásico divide la edad mental entre la cronológica y multiplica el resultado por 100

La **edad mental** es la puntuación media que obtiene en una prueba el conjunto de la población de una edad, pero un año de edad mental no significa lo mismo a lo largo del desarrollo. El **cociente intelectual** (CI) se definió para eliminar ese problema como el cociente entre la **edad mental** y la **edad cronológica**, multiplicado por **100**. Muñiz lo expresa como CI = EM/EC × 100 y añade que se multiplica por 100 para evitar los decimales. El concepto lo creó William Stern en 1912. Wechsler consideró obsoletos la edad mental y este CI clásico, y algunos test actuales usan el CI de desviación.

1 Invierte los términos. El CI divide la edad mental entre la cronológica.

2 Es la definición del CI: cociente entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por 100.

3 El CI es un cociente entre las dos edades y no un producto.

4 El factor que multiplica el cociente es 100, que evita los decimales.

> **Para fijarlo.** En el ejemplo de Moreno Rosset, un niño de 10 años con una edad mental de 12 tiene un CI de 120; si las dos edades coinciden, el CI es 100.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 5, pág. 180. 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. 163 y 181; cap. 6, pág. 219.

EN EL ATLAS

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

17 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D6 · Ejercicio físico y actividad física

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes aspectos NO constituye un parámetro relevante para que el ejercicio físico aeróbico resulte saludable?:

1 Una intensidad suficiente para que la frecuencia cardíaca se eleve a un determinado nivel.

2 El tiempo o duración en el que la frecuencia cardíaca se mantiene a ese nivel.

3 La frecuencia o número de días en que se realiza el ejercicio físico a la semana.

4 La edad en que se inicia el ejercicio físico. ✓

La intensidad, la frecuencia y la duración hacen saludable el ejercicio aeróbico

Amigo señala que, para que el **ejercicio aeróbico** sea beneficioso, hay que tener en cuenta tres parámetros: la **intensidad**, la **frecuencia** y la **duración** de su práctica. El ejercicio debe ser lo bastante intenso para elevar la **frecuencia cardiaca** a un determinado nivel, fijado con una fórmula que tiene en cuenta la edad y la FC máxima de la persona. La FC debería permanecer elevada a ese nivel al menos durante 12 minutos, y preferiblemente entre 15 y 30, y la práctica debe realizarse entre tres y cinco días a la semana. La edad a la que se empieza a hacer ejercicio no figura entre esos parámetros.

1. La intensidad es el primer parámetro: el ejercicio debe elevar la frecuencia cardiaca a un nivel determinado.
2. La duración es otro parámetro: la frecuencia cardiaca debe mantenerse elevada al menos 12 minutos, y preferiblemente entre 15 y 30.
3. La frecuencia es el tercer parámetro: entre tres y cinco días a la semana.
4. La edad de inicio no es uno de los tres parámetros. La edad solo interviene en la fórmula que fija el nivel de frecuencia cardiaca.

Ojo. La 4.ª edición de Amigo (2020) no tiene paginación impresa legible en el corpus y se cita por la página del PDF. Las cifras (12 minutos, entre 15 y 30, entre tres y cinco días) se han leído sobre la imagen, porque la capa de texto está cifrada. La edición de 2012 trae los mismos parámetros (pág. 74).

Trampa. La edad aparece en el cálculo de la intensidad, lo que puede hacer dudar, pero la pregunta habla de la edad en que se inicia el ejercicio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 2 (PDF pág. 111).
Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, pág. 74.

EN EL ATLAS

Tema D6 · Ejercicio físico y actividad física. Se estudia con Amigo (Base).

18

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 1

En la evaluación clínica puede surgir el problema de "los falsos positivos" que hace referencia a los sujetos:

1. Diagnosticados con un trastorno que realmente no padecen. ✓
2. No diagnosticados con un trastorno que realmente padecen.
3. Que ocultan síntomas relativos al trastorno que padecen.
4. Con alta deseabilidad social que tratan de dar una imagen positiva.

Un falso positivo es quien recibe un diagnóstico que no tiene

Cuando un test se usa para clasificar a las personas con un **punto de corte**, sus decisiones se comparan con un **criterio** (por ejemplo, el juicio de los expertos). Muñiz llama **falsos positivos** a las personas que la escala detecta como necesitadas de terapia mientras que, según el criterio, no la necesitan, y **falsos negativos** a las que la escala no detecta aunque el criterio dice que sí la necesitan. La **especificidad** será máxima cuando no existan falsos positivos. Trasladado a la clínica, el falso positivo es el sujeto diagnosticado con un trastorno que en realidad no padece.

1. Es la definición de falso positivo: la prueba clasifica como caso a quien, según el criterio, no lo es.
2. Describe un falso negativo: la escala no detecta a una persona que, según el criterio, sí presenta el problema.
3. Ocultar síntomas es una forma de falseamiento de las respuestas, que Fernández-Ballesteros trata entre las fuentes de error de los autoinformes. Es una distorsión de las respuestas del sujeto; el falso positivo es un error de clasificación de la prueba.
4. La deseabilidad social es la tendencia no voluntaria a dar una imagen de sí mismo socialmente deseable, otra fuente de error de los autoinformes.

> **Trampa.** Las opciones 3 y 4 describen sesgos de respuesta, que pueden producir errores de clasificación pero no los definen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 131-133. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 267-268.

EN EL ATLAS

Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Se estudia con Muñiz (Base). Fernández-Ballesteros es Base del tema E6 · Los autoinformes.

19 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

En la escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC III y WISC IV) los resultados en la prueba "búsqueda de símbolos" proporciona:

1 Un índice de velocidad de procesamiento. ✓

2 Un índice de memoria de trabajo.

3 Un índice de organización perceptual.

4 Un índice de comprensión verbal.

Búsqueda de símbolos forma parte del índice de velocidad de procesamiento

El **WISC-IV** abandona la dicotomía entre CI verbal y manipulativo y da un CI total y cuatro índices: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y **velocidad de procesamiento**. El WISC-III ya ofrecía cuatro índices: comprensión verbal, organización perceptiva, independencia a la distracción y velocidad de procesamiento. En la ficha del WISC-IV, **Búsqueda de símbolos** presenta uno o dos símbolos para que la persona decida si alguno está en un conjunto, y evalúa la rapidez y precisión perceptiva y la velocidad para procesar información visual simple. El índice de velocidad de procesamiento se evalúa con **Claves** y Búsqueda de símbolos. En el WISC-V, Búsqueda de símbolos sigue entre los test principales, y el índice de velocidad de procesamiento, entre los de las escalas primarias.

1 Búsqueda de símbolos y Claves componen el índice de velocidad de procesamiento, que evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz.

2 La memoria de trabajo del WISC-IV se mide con tests como Letras y números, que el manual cita entre los añadidos para medirla.

3 Organización perceptiva es uno de los cuatro índices del WISC-III; el WISC-IV incluye razonamiento perceptivo. Búsqueda de símbolos pertenece a velocidad de procesamiento.

4 Búsqueda de símbolos evalúa la rapidez y precisión perceptiva y la velocidad para procesar información visual simple, capacidades del índice de velocidad de procesamiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1.4 (WISC-IV), págs. 3, 4 y 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, pág. 438.

EN EL ATLAS

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

20

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 3

El método de evaluación en el que se recoge la información oral o escrita que una persona emite sobre sí misma se denomina:

1 Técnica psicofisiológica.

2 Técnica proyectiva.

3 Autoinforme. ✓

4 Observación.

El autoinforme recoge el mensaje verbal que una persona emite sobre sí misma

Fernández-Ballesteros define el **autoinforme** como un **mensaje verbal** que un sujeto emite sobre **cualquier tipo de manifestación propia**. Es el procedimiento más antiguo y más simple para obtener información sobre una persona, y puede dar cuenta de eventos internos y externos, subjetivos y objetivos, por lo que constituye la **más amplia categoría metódica** en evaluación psicológica. Abarca formas muy distintas, como la entrevista, los cuestionarios, los inventarios, las escalas de calificación o la narrativa. Moreno Rosset recoge la misma definición y añade los autorregistros entre los instrumentos que pueden llamarse autoinformes.

1 Las técnicas psicofisiológicas son técnicas objetivas que registran con aparatos respuestas que el sujeto no puede controlar, sin intermediación del evaluador.

2 Las técnicas proyectivas presentan una situación estímulo escasamente estructurada y piden al sujeto que responda con las menores restricciones posibles.

3 El autoinforme es el mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier manifestación propia.

4 En la observación natural no se elicitan las respuestas que se observan; el evaluador registra lo que ocurre sin provocar las actividades objeto de estudio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 236-237; cap. 6, pág. 217; cap. 8, págs. 277-278. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 153; cap. 11, pág. 380.

EN EL ATLAS

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

21

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 2

El registro psicofisiológico es considerado una técnica objetiva de evaluación porque:

1. Respeta el carácter asituacional de los resultados.
2. Las respuestas de la persona evaluada son registradas, codificadas y procesadas sin intermediación del evaluador. ✓
3. Registra parámetros que son estables e invariables a lo largo de amplios períodos de tiempo.
4. La persona evaluada puede modificar sus respuestas según su voluntad.

El registro psicofisiológico es objetivo porque recoge y procesa las respuestas sin intermediación del evaluador

Fernández-Ballesteros considera **técnicas objetivas** los procedimientos de recogida de información de eventos psicológicos observables o amplificables, en gran parte no controlables por el sujeto, que se aplican con aparatos o métodos informáticos. Tienen tres características: requieren **instrumentación y material estándar** aplicados en condiciones estructuradas y de máximo control; el sujeto **no puede modificar sus respuestas** según su voluntad, y las respuestas son **registradas, codificadas y procesadas objetivamente, sin intermediación del evaluador**. Esta tercera característica es la que las distingue de la observación en situaciones artificiales, cuyos códigos de registro cumplimenta un observador. Moreno Rosset las resume en los mismos términos.

1. La primera característica habla de condiciones estructuradas de máximo control, y el manual señala la artificialidad de la situación como un problema para la validez ecológica de los datos.
2. Es la tercera característica que da Fernández-Ballesteros y la que separa las técnicas objetivas de la observación en situaciones artificiales.
3. La estabilidad de los parámetros a lo largo del tiempo no figura entre las tres características de las técnicas objetivas.
4. Ocurre al contrario: el sujeto evaluado no puede modificar sus respuestas según su voluntad, porque la respuesta se registra de manera objetiva e involuntaria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, págs. 277-278. 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. 307; cap. 4, pág. 153.

EN EL ATLAS

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

22 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 1

La "Entrevista diagnóstica" (Diagnostic Interview Schedule, DIS), que proporciona información sobre el inicio, duración y actualidad de los síntomas, es un ejemplo de entrevista:

1 Estructurada. ✓

2 Semiestructurada.

3 Motivacional.

4 Abierta.

La DIS es una entrevista estructurada pensada para entrevistadores no expertos

Carrasco, Ramírez y Del Barrio recogen la **DIS** (*Diagnostic Interview Schedule*; Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) entre las principales **entrevistas estructuradas** para adultos: fue ideada para **entrevistadores no expertos** en psiquiatría o psicología y permite generar diagnósticos de forma **automatizada** siguiendo los criterios del DSM-III-R. Fernández-Ballesteros la sitúa en el origen de las entrevistas estructuradas con utilidad epidemiológica y, en su apéndice, señala que está muy estructurada para que pueda emplearla personal auxiliar. Fonseca-Pedrero la incluye entre las entrevistas estructuradas para la dimensión positiva: valora si un indicador ha tenido lugar alguna vez y si ha habido síntomas en las últimas dos semanas, el último mes, los últimos seis meses, el último año y más de un año.

1 Todas las fuentes del corpus la clasifican como entrevista estructurada.

2 En el apéndice de Fernández-Ballesteros es la CIDI la que puede considerarse semiestructurada, porque requiere juicios clínicos bien informados, mientras que la DIS está muy estructurada.

3 La entrevista motivacional es uno de los enfoques principales en el tratamiento de los problemas adictivos, para mejorar la adherencia y la retención. No es un formato de entrevista diagnóstica.

4 En las entrevistas abiertas o no estructuradas el clínico formula las preguntas con flexibilidad, sin un protocolo fijo como el de la DIS.

Ojo. La plantilla provisional del Ministerio dio como correcta la opción 2 y, tras las impugnaciones, la definitiva pasó a la opción 1. Sobre quién puede aplicarla las fuentes discrepan: Carrasco (tabla 1.3), Belloch 2008 (vol. I, pág. 105) y Fernández-Ballesteros (apéndice 7.2) dicen que está pensada para entrevistadores no expertos o personal auxiliar, y Fonseca-Pedrero (2018, pág. 99) cuenta entre sus inconvenientes que requiere personal especializado.

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. 1, tabla 1.3, pág. 14. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 5, pág. 177; apéndice, sección 7.2, pág. 4. Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 2, tabla 2.1, pág. 84, y pág. 99. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 105. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 21, pág. 690.

EN EL ATLAS

Tema B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general. Se estudia con Carrasco Ortiz (Base) y Fernández-Ballesteros (Ampliación).

23 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 4

El test “Dibujo de la Figura Humana” es un ejemplo de técnica proyectiva de tipo:

1 Estructural.

2 Temática.

3 Constructiva.

4 Expresiva. ✓

El Dibujo de la Figura Humana es una técnica proyectiva expresiva

Fernández-Ballesteros clasifica las **técnicas proyectivas** en estructurales, temáticas, **expresivas**, constructivas y asociativas, y Moreno Rosset recoge la misma clasificación en una tabla del capítulo de técnicas proyectivas. En las **expresivas** se da a la persona la consigna, verbal o escrita, de que realice un **dibujo**; Fernández-Ballesteros pone como ejemplos el dibujo de la figura humana, el de la familia y el del árbol, y Moreno Rosset incluye el **Test del Dibujo de la Figura Humana de Machover**. Las otras categorías trabajan con estímulos o tareas distintas, como estructurar manchas, narrar historias u organizar un material.

1. En las estructurales el sujeto debe estructurar estímulos visuales de escasa estructuración diciendo lo que ve, como en el Rorschach.
2. En las temáticas se narra una historia a partir de una lámina con contenido humano o parahumano, como en el TAT.
3. En las constructivas se ha de organizar un material dado siguiendo distintas consignas, como en el Test del pueblo.
4. En las expresivas se da la consigna de dibujar una o varias figuras, y el Dibujo de la Figura Humana es su ejemplo clásico.

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, pág. 383. 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).

24 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 4

El inventario Multifásico de Personalidad de Minesota 2 (MMPI-2) evalúa:

1. Estilos de personalidad.
2. Coherencia de la personalidad.
3. Personalidad antisocial vs. altruista.
4. Psicopatología general. ✓

El MMPI-2 es un inventario clínico de amplio espectro para la psicopatología

La ficha del **MMPI-2** del apéndice de Fernández-Ballesteros recoge la definición de sus adaptadores: es un test de **amplio espectro** diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y **trastornos emocionales**, pensado para un ámbito de aplicación **clínica**. Sus 567 ítems, de verdadero o falso, permiten obtener tres escalas de validación, diez **escalas clínicas** (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad/feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social), quince de contenido y, con corrección informatizada, escalas suplementarias y subescalas. Carrasco, Ramírez y Del Barrio lo incluyen entre los **instrumentos multidimensionales para la evaluación psicopatológica**, y Moreno Rosset describe su versión reestructurada (MMPI-2-RF) entre los test para la evaluación de la personalidad en contextos clínicos.

1. Las escalas clínicas del MMPI-2 informan del grado de semejanza entre el evaluado y pacientes diagnosticados de distintos trastornos, lo que lo sitúa en la evaluación clínica.
2. La escala F, llamada de incoherencia, es una escala de validación que detecta a quien no desea colaborar y responde al azar, simula o tiene escaso contacto con la realidad.
3. La escala de desviación psicopática informa de la semejanza con personas con historial antisocial y delincuencial, pero es una de diez escalas clínicas y no un polo opuesto al altruismo.
4. Es un instrumento multidimensional para la evaluación psicopatológica, pensado para el ámbito clínico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 5.1 (MMPI-2), págs. 1-2; cap. 9, pág. 326. 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. 1, tabla 1.4, pág. 14. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 469.

EN EL ATLAS

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

25 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general Anulada

Anulada

¿Cuál es el formato del Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS)?:

1 Entrevista estructurada.

2 Entrevista semiestructurada.

3 Autoinforme.

4 Escala verdadero/falso.

Los manuales clasifican la SADS unas veces como estructurada y otras como semiestructurada, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. La **SADS** (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; Endicott y Spitzer, 1978) es una entrevista que evalúa los trastornos afectivos y la esquizofrenia y está basada en los **Criterios Diagnósticos de Investigación**. El corpus no coincide en su formato. Fernández-Ballesteros la pone en la columna de **entrevistas semiestructuradas** del cuadro 5.2, y en el apéndice 7.2 la cita entre los ejemplos de **entrevistas diagnósticas estructuradas**. Belloch, Sandín y Ramos la describen como entrevista semiestructurada dentro del apartado de las principales entrevistas estructuradas. Las opciones 3 y 4 no corresponden a una entrevista.

1 Clave provisional. Fernández-Ballesteros la incluye entre los ejemplos de entrevistas diagnósticas estructuradas (apéndice 7.2), y Belloch la presenta en el apartado de entrevistas estructuradas.

2 El cuadro 5.2 de Fernández-Ballesteros la sitúa en la columna de entrevista clínica semiestructurada, y Belloch la define como entrevista semiestructurada.

3 La SADS es una entrevista; en el autoinforme es el propio sujeto quien emite un mensaje verbal sobre sí mismo.

4 La respuesta de verdadero o falso es el formato de inventarios como el MMPI-2; la SADS es una entrevista.

Ojo. Según el comentario de partida, la plantilla provisional dio por buena la opción 1 y la pregunta se anuló porque los manuales clasifican la SADS como estructurada o como semiestructurada. El corpus lo confirma, incluso dentro de una misma obra (Fernández-Ballesteros, cuadro 5.2 frente al apéndice 7.2).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 5, cuadro 5.2, pág. 178; apéndice, sección 7.2, págs. 3-4. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 115.

EN EL ATLAS

Tema B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

26

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 2

En la evaluación de la probabilidad de las conductas suicidas y autolíticas conviene:

1. Abordar el tema directamente solo cuando haya indicios de riesgo.
2. Abordar el tema directamente, con preguntas explícitas, independientemente de la presencia o no de factores de riesgo. ✓
3. Abordar el tema indirectamente para que el paciente no se sienta intimidado.
4. No abordar el tema, ya que hablar de suicidio incrementa la probabilidad de que la persona lo lleve a cabo.

Hay que preguntar directamente por el suicidio, haya o no factores de riesgo

Carrasco, Ramírez y Del Barrio señalan que muchos pacientes **no verbalizan sus intenciones** suicidas a no ser que se les pregunte directamente, por lo que recomiendan incluir en la historia clínica **preguntas directas** que aborden explícitamente el asunto, **independientemente de la presencia o no de factores de riesgo**. Añaden que la idea de que hablar explícitamente del suicidio incrementa la probabilidad de llevarlo a cabo es errónea y debe desterrarse por su falta de rigor. Al-Halabí y Fonseca-Pedrero cuentan esa creencia entre los **mitos** de la conducta suicida: preguntar no incrementa el riesgo y puede aliviar a la persona, que a menudo lleva tiempo guardando en secreto algo que le produce dolor.

1. La recomendación es preguntar directamente con independencia de que haya o no factores de riesgo, porque muchos pacientes solo hablan de sus intenciones si se les pregunta.
2. Es la recomendación literal de Carrasco, Ramírez y Del Barrio: preguntas directas que aborden explícitamente el asunto, independientemente de los factores de riesgo.
3. El abordaje indirecto choca con la recomendación de preguntar de forma directa y explícita.
4. Que hablar del suicidio lo fomente es uno de los mitos más comunes y perjudiciales; preguntar no incrementa el riesgo.

> **Trampa.** La opción 1 parece prudente, pero introduce una condición (los indicios de riesgo) que la recomendación excluye.

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. 9, pág. 181. Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 1, tabla 1.1, pág. 33; cap. 9, pág. 334.

EN EL ATLAS

Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (Base).

27 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son los instrumentos de evaluación de elección y preferentes para el diagnóstico de los trastornos de la eliminación?:

1 Cuestionarios como la Escala de Heces de Bristol.

2 Autoinformes validados como el Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada.

3 Cuestionarios y autoinformes validados.

4 Entrevistas y registros sistematizados de observación. ✓

Los trastornos de la eliminación se diagnostican con entrevistas y registros de observación

Carrasco, Ramírez y Del Barrio señalan que la recogida de información para el diagnóstico de la **enuresis** y la **encopresis** se realiza fundamentalmente mediante **entrevistas** (estructuradas o no estructuradas) y **registros sistematizados de observación** de la conducta. El uso de cuestionarios para el diagnóstico no es habitual y no existen autoinformes validados que permitan diagnosticar estas alteraciones, aunque la entrevista y los registros pueden combinarse con alguna escala o autoinforme puntual que aclare un aspecto concreto. Vallejo y Rodríguez coinciden: la **entrevista clínica** es la herramienta básica y primordial, que conviene complementar con registros conductuales y/o cuestionarios.

1 La Escala de Heces de Bristol es un instrumento complementario para la encopresis, útil para estimar la calidad y el tamaño de las heces, pero no es el de elección para el diagnóstico.

2 El Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada de Farhat et al. (2000) es un instrumento complementario para la enuresis; no existen autoinformes validados que permitan el diagnóstico.

3 El uso de cuestionarios para el diagnóstico no es habitual en estos trastornos.

4 Las entrevistas y los registros sistematizados de observación son los instrumentos fundamentales para el diagnóstico de la enuresis y la encopresis.

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. Capítulo de evaluación de los trastornos de eliminación, págs. 276 y 280-281. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, págs. 444-445 y 462.

EN EL ATLAS

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

28 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

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

1 La negación o minimización del problema. ✓

2 La falta de empatía.

3 La caquexia.

4 La alextimia.

Negar o minimizar los síntomas es una dificultad típica al evaluar los trastornos alimentarios

Carrasco, Ramírez y Del Barrio advierten que la evaluación de pacientes con **trastornos de la alimentación** suele acompañarse de dificultades que pueden interferir en la delimitación del problema, su conceptualización y la evaluación del tratamiento. Siguiendo a Berg, Peterson y Frazier (2012), señalan tres: **negar o minimizar la sintomatología**, por falta de conciencia del problema o por vergüenza o miedo a la evaluación; **sesgos en el recuerdo**, por los problemas de memoria y atención que causan la desnutrición o los estados emocionales negativos, y la **evaluación de niños y adolescentes**, que exige adaptar las estrategias a su nivel de comprensión. Para amortiguarlas recomiendan una buena alianza terapéutica, un clima cooperativo y preguntas abiertas.

1 La negación o minimización de la sintomatología es la primera de las dificultades que recoge el manual.

2 La falta de empatía no figura entre las tres dificultades de la evaluación de los trastornos de la alimentación que recoge el manual.

3 La caquexia no figura entre esas dificultades; lo que el manual menciona es el efecto de la desnutrición sobre la memoria y la atención, que sesga el recuerdo.

4 La alexitimia, que Belloch define como una discapacidad para describir verbalmente la experiencia emocional, no figura entre las dificultades de la evaluación de los trastornos alimentarios.

Trampa. La opción 3 juega con la desnutrición, que sí aparece en el manual, pero como causa de sesgos en el recuerdo.

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. Capítulo de evaluación de los trastornos de la alimentación, págs. 257-258 y 269. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 398.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Carrasco Ortiz no es fuente de este tema.

29

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 4

¿Qué característica es aplicable a las escalas de evaluación conductual en niños, como el CBCL de Achenback?:

1. Normalmente la puntuación no se refiere a una puntuación normativa.
2. No requiere de un informador.
3. Proporciona impresiones del evaluador.
4. Se pueden verificar si los cambios conductuales están dentro de los límites normales. ✓

El CBCL tiene datos normativos que permiten situar la conducta del niño respecto a la normalidad

Del Barrio describe el **Listado de Conductas Infantiles** (*Child Behavior Checklist*, **CBCL**) de Achenbach y Edelbrock: tiene una versión para padres y otra, posterior, para maestros; es aplicable a población clínica y normal, y dispone de **datos normativos** por edad y sexo. Cada subescala se estandariza en **puntuaciones T** que permiten un perfil individual, y una T de 62 se considera el punto de corte para considerar patológico a un sujeto. Caballo y Simón destacan de las escalas para padres y maestros que son cuantificables y tienen datos normativos, y citan estudios en los que los niños pasaron de un rango clínico a un **rango normal** en la CBCL. Esa referencia normativa es la que permite valorar si los cambios conductuales están dentro de la normalidad.

1. El CBCL dispone de datos normativos por edad y sexo, y sus puntuaciones se expresan en puntuaciones T.
2. Lo cumplimentan informantes: tiene una versión para padres y otra para maestros.
3. Lo cumplimentan los padres (CBCL) o los maestros (TRF), que actúan como informantes.
4. Sus normas permiten comparar al niño con su grupo de referencia y comprobar si sus conductas, o los cambios en ellas, están dentro del rango normal.

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. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 14, pág. 416; capítulo de abuso sexual infantil, pág. 295. 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).

30 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

La valoración del equilibrio es un elemento indispensable de la evaluación del desarrollo psicomotor:

1 Del tono muscular.

2 De la lateralidad.

3 Del control postural. ✓

4 Del esquema corporal.

El equilibrio es indispensable para el control postural

En el capítulo de Cobos sobre la **evaluación del desarrollo psicomotor**, del manual coordinado por Del Barrio, la **motricidad** es un concepto amplio que incluye la motricidad gruesa (control motor, **equilibrio**, coordinación e independencia motriz), la fina o de precisión de movimientos y la facial. El equilibrio es un elemento indispensable tanto para el **control postural** como para la ejecución del movimiento, y está controlado por mecanismos neurológicos y por mecanismos conscientes. Mejora con la maduración, implica a los sentidos de la vista, el tacto, el cinestésico y el vestibular, y puede verse condicionado por estados emocionales como el miedo, la ansiedad o la confianza en uno mismo.

1. El tono muscular es el grado de contracción que tienen en cada momento los músculos, y oscila entre la hipertonía y la hipotonía.
2. La lateralidad es el uso dominante de los elementos de una parte del cuerpo, la izquierda o la derecha.
3. El equilibrio es indispensable para el control postural y para la ejecución del movimiento.
4. El esquema corporal es el conocimiento que el niño tiene de su propio cuerpo, sus elementos y segmentos, sus funciones y su relación con los otros y con el medio.

Trampa. El tono postural, uno de los tres tipos de tono muscular, prepara las modificaciones posturales; el equilibrio, en cambio, el manual lo encuadra en la motricidad y lo liga al control postural.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 3 (Cobos, Evaluación del desarrollo psicomotor), págs. 96-97 y 116-117.

EN EL ATLAS

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

31

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿Qué tarea realizará un niño al que se le evalúa mediante una técnica proyectiva de tipo expresivo?:

1. Realizará un dibujo a partir de una consigna verbal o escrita. ✓
2. Organizará un material dado a partir de una consigna.
3. Emitirá una respuesta asociada a un estímulo.
4. Narrará una historia a partir de la presentación de una lámina.

En una técnica proyectiva expresiva el niño hace un dibujo a partir de una consigna

En la clasificación de Fernández-Ballesteros, que recogen tanto su manual como el de Moreno Rosset, cada tipo de **técnica proyectiva** se define por la tarea que se pide. En las **expresivas** se da a la persona una **consigna verbal o escrita** de que realice un **dibujo** (de la figura humana, de la familia, del árbol, de la persona bajo la lluvia...). En las constructivas ha de organizar un material dado siguiendo distintas consignas; en las asociativas, emitir respuestas que se asocien con el estímulo; en las temáticas, narrar una historia a partir de una lámina, y en las estructurales, estructurar o dar significado a estímulos visuales poco estructurados.

1. Dibujar a partir de una consigna verbal o escrita es la tarea de las técnicas expresivas.
2. Organizar un material dado a partir de distintas consignas es la tarea de las técnicas constructivas, como el Test del pueblo.
3. Emitir respuestas asociadas a un estímulo tras una consigna es propio de las técnicas asociativas, como las frases incompletas o las fábulas de Düss.
4. Narrar una historia a partir de una lámina es la tarea de las técnicas temáticas, como el TAT.

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, pág. 383. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, págs. 293-294.

EN EL ATLAS

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

32 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E3 · El informe psicológico

Respuesta correcta: 3

La finalización del proceso de evaluación psicológica en clínica implica un informe, el cual:

1 Basta con que se ofrezca de forma verbal sin ahondar en explicaciones sobre etiología y/o terapia que el paciente no vaya a comprender.

2 Debe consistir, exclusivamente, en un documento escrito de cara a la futura posibilidad de ser requerido por autoridades sanitarias o jurídicas.

3 Puede presentarse tanto de forma oral y/o escrita. ✓

4 En caso de presentarse por escrito, no se considerará un documento legal, ni como fuente de información de un sujeto, porque rompería el derecho a la intimidad.

El informe psicológico puede comunicarse de forma oral, escrita o de ambas formas

Fernández-Ballesteros señala que el proceso de evaluación termina con la **comunicación oral y/o escrita** de sus resultados, y Moreno Rosset distingue los tipos de informe **según el medio de transmisión**: el **informe oral**, que se ha llamado entrevista de devolución, y el **informe escrito**. Añade que todo informe escrito, a ser posible, debería complementarse con uno verbal. Las guías del proceso de evaluación (GAP) piden que la forma de presentar el informe (oral, escrita o ambas) sea la apropiada. El informe es además un documento científico, cuyos autores deben firmarlo y responsabilizarse de sus conclusiones.

1 El informe oral tiene entre sus metas una tarea docente para que el sujeto comprenda su problema y, en el ámbito clínico, la negociación del abordaje terapéutico. El psicólogo debe informar de forma veraz y comprensiva.

2 El informe puede ser también oral, y Moreno Rosset recomienda que el escrito se complemente, a ser posible, con uno verbal.

3 El informe puede presentarse de forma oral, escrita o de ambas formas.

4 Moreno Rosset considera el informe un documento científico, que debe llevar la firma de sus autores porque tiene consecuencias para los afectados, y recoge la obligación de conservar la documentación clínica, también a efectos judiciales.

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. 3, págs. 117-118, 120, 126-127 y 140-143. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, págs. 102 y 104; cap. 2, pág. 77.

EN EL ATLAS

Tema E3 · El informe psicológico. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Ampliación).

33 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

En los procedimientos sociométricos aplicados a la infancia y la adolescencia ¿qué estrategia utiliza el número de elecciones y rechazos que recibe un individuo?:

1 Nominación por los iguales. ✓

2 Técnicas de “adivina quién”.

3 Puntuación por los iguales.

4 Escala de apreciación de los compañeros.

Las elecciones y los rechazos son los indicadores del método de las nominaciones

Díaz-Aguado y Martínez Arias, en el manual coordinado por Del Barrio, describen tres procedimientos **sociométricos**. En el **método de las nominaciones** se pide al niño que nombre a los compañeros de su grupo (normalmente tres) que más le gustan para una actividad y a los que menos, explicando por qué. Sus indicadores son las **elecciones**, o número de veces que el niño recibe nominaciones positivas, y los **rechazos**, o número de veces que recibe nominaciones negativas, con los que se calculan la preferencia social (NP – NN) y el impacto social (NP + NN). El **método de las puntuaciones de escala o rating**, en cambio, pide puntuar a cada compañero en una escala de cinco grados y calcula la media que recibe cada alumno.

1 La nominación por los iguales cuenta las nominaciones positivas (elecciones) y negativas (rechazos) que recibe cada niño.

2 Señalar al compañero que más destaca en un atributo («¿Quién es el niño de la clase que...?») corresponde al método de la asociación de atributos, cuyas puntuaciones se agrupan en índices de atributos positivos y negativos.

3 En el método de las puntuaciones de escala o rating cada alumno puntúa a todos sus compañeros, y el estatus se obtiene con la media de las puntuaciones recibidas.

4 Una escala de apreciación de los compañeros corresponde también al método de las puntuaciones de escala, que no se basa en elecciones y rechazos.

Trampa. Las opciones 3 y 4 describen el mismo procedimiento, el de las puntuaciones de escala.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 7 (Díaz-Aguado y Martínez Arias, La evaluación del desarrollo social), págs. 291-294.

EN EL ATLAS

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

34 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

¿Qué herramienta de evaluación sirve para explicar la topografía de la conducta de comer en un trastorno del comportamiento alimentario?:

1 Autoinforme de síntomas.

2 Entrevista diagnóstica.

3 Autorregistro. ✓

4 Cuestionario de comidas.

El autorregistro recoge la topografía de la conducta de comer

Vallejo y Rodríguez señalan que la información de la entrevista debe complementarse con **registros** obtenidos mediante observación sistemática y con cuestionarios. Es esencial un **diario de alimentación** para casa, en el que se recogen durante una semana el tipo y la cantidad de las comidas, el **tiempo** que se tarda en comer, la **posición** del niño, el **sitio** donde come, quién prepara la comida y quién se la da, además de observaciones sobre la situación y las emociones; el manual lo presenta como **autorregistro** de alimentación. Carrasco, Ramírez y Del Barrio recomiendan los autorregistros estructurados porque permiten que el paciente informe específicamente de sus conductas problema y sus relaciones funcionales en el momento presente.

1 Los cuestionarios y escalas de síntomas sirven para el diagnóstico y la delimitación del problema, y los autorregistros se añaden para analizar las conductas concretas.

2 La entrevista recoge la información inicial, que debe complementarse con registros obtenidos mediante observación sistemática.

3 El autorregistro recoge en el momento la forma de la conducta de comer: qué, cuánto, cuánto tiempo, dónde y con quién.

4 Los cuestionarios complementan los registros y se seleccionan según las características del caso; el detalle de cada comida lo aporta el diario de alimentación.

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. 12, pág. 541. 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. Capítulo de evaluación de los trastornos de la alimentación, págs. 262-263.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

35 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

¿A qué nivel de inteligencia corresponde una puntuación de 89 en la escala Wechsler para niños (WISC IV)?:

1 Medio alto.

2 Medio.

3 Medio bajo. ✓

4 Bajo.

Un CI de 89 cae en la franja medio-baja

Las escalas de inteligencia transforman las puntuaciones en **puntuaciones típicas** que se interpretan con **categorías descriptivas**. La tabla 1.2.2 del apéndice de Fernández-Ballesteros, para el K-BIT, sitúa la franja **80-89** en «**Medio bajo**» y la 90-109 en «Medio». En la ficha del **WISC-IV** del mismo apéndice, un CIT de 85 y un índice de 87 se clasifican como «normal-bajo», y Moreno Rosset sitúa un CI total de 81 en el WISC-V dentro del intervalo «medio-bajo». Una puntuación de 89 queda, por tanto, por debajo de la franja media.

1. La franja medio-alta corresponde a puntuaciones de 110 a 119.
2. La franja media empieza en 90 (90-109), un punto por encima de 89.
3. La franja 80-89 es la medio-baja.
4. La categoría bajo corresponde a puntuaciones de 70 a 79.

TABLA 1.2.2. INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES TÍPICAS DEL K-BIT

Rango puntuaciones típicas	Interpretación
< 69	Muy bajo
70-79	Bajo
80-89	Medio bajo
90-109	Medio
110-119	Medio alto
120-129	Alto
> 130	Muy alto

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), apéndice, sección 1.2 (K-BIT), tabla 1.2.2, pág. 5

Ojo. La plantilla provisional del Ministerio dio como correcta la opción 2 y la definitiva, la 3. La tabla del corpus es la del K-BIT; para el WISC-IV, el caso del apéndice usa el rótulo «normal-bajo» para 85 y 87, y Moreno Rosset usa «medio-bajo» para un CI de 81 en el WISC-V.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1.2 (K-BIT), tabla 1.2.2, pág. 5; sección 1.4 (WISC-IV), págs. 8-9. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 14, pág. 506.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Consulta). Moreno Rosset es Ampliación del tema E2 · El proceso de evaluación psicológica.

36 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B25 · Trastornos del aprendizaje

Respuesta correcta: 4

¿Qué proceso asociado a un trastorno de la escritura se evalúa con una prueba sobre capacidad para recuperar palabras?:

1 Procesos morfosintácticos.

2 Procesos de composición de un texto.

3 Procesos fonológicos.

4 Procesos léxicos. ✓

Recuperar las palabras al escribir es tarea de los procesos léxicos

Cuetos describe la escritura productiva con cuatro tipos de procesos: planificación (decidir qué se va a escribir), **formulación lingüística** (construir el marco sintáctico de la oración y **seleccionar las palabras**), procesos motores y revisión. En la selección de palabras, la escritura **recupera su forma ortográfica**, y por eso a los procesos que terminan en la activación de los grafemas los llama **léxicos** o centrales. Belloch, Sandín y Ramos explican que en la escritura el sujeto puede recuperar la representación ortográfica directamente del léxico (**vía léxica**) u obtenerla aplicando las reglas de transformación de fonemas en grafemas. Para evaluarlos, Cuetos propone tareas como la denominación escrita de dibujos, en la que el paciente escribe el nombre del dibujo que tiene delante.

1 Los procesos sintácticos construyen el marco o armazón de la oración, en el que después se colocan las palabras.

2 La composición o planificación decide qué se va a escribir y con qué finalidad, y recupera de la memoria la información que se quiere transmitir.

3 La vía fonológica o indirecta obtiene la ortografía aplicando reglas de transformación de fonemas en grafemas; recuperar la palabra del léxico corresponde a la vía léxica.

4 Recuperar las palabras y su forma ortográfica es la tarea de los procesos léxicos.

Ojo. El comentario de partida remite a Caballo y Simón (2001), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*, pág. 172, que no está en el corpus. El contenido se ha comprobado en Cuetos (2018) y en Belloch (2008).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 12, págs. 310-312; cap. 14, pág. 369. 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).

37 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 4

El Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS "WHOQOL" (WHO, 1998) evalúa:

1 Está diseñado para evaluar la calidad de vida en enfermos mentales crónicos.

2 El deterioro funcional.

3 La calidad de vida medida objetivamente por índices de adaptación.

4 La calidad de vida percibida, incluyendo áreas como la espiritualidad. ✓

El WHOQOL mide la calidad de vida percibida, espiritualidad incluida

Carrasco, Ramírez y Del Barrio incluyen el **Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS** (**WHOQOL**) entre los instrumentos para evaluar el impacto de la enfermedad y los efectos de la intervención: explora la **calidad de vida percibida** en seis áreas, que son salud física, psicológica, autonomía, relaciones sociales, entorno y **espiritualidad**. Bobes y colaboradores precisan que el WHOQOL-100 determina la **percepción** de los individuos de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que viven, con 6 dominios y 24 facetas, uno de ellos «espiritualidad/religión/creencias personales». Es autoaplicado y no tiene puntos de corte.

1 La evaluación de la calidad de vida en enfermos mentales crónicos es la que la misma tabla atribuye a la Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (QOLI).

2 El deterioro funcional se evalúa con otros instrumentos de la tabla, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

3 El WHOQOL se basa en la percepción del sujeto y en su valoración de diversos aspectos de su vida.

4 Evalúa la calidad de vida percibida en seis áreas, entre ellas la espiritualidad.

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. 1, tabla 1.5, págs. 15-16. Bobes García, J., G.-Portilla, M. P., Bascarán Fernández, M. T., Sáiz Martínez, P. A. y Bousoño García, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2.ª ed.). Ars Medica. Cap. 13, págs. 134-135.

EN EL ATLAS

Tema B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general. Se estudia con Carrasco Ortiz (Base) y Bobes (Consulta).

38 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

La evaluación de la personalidad se ha hecho desde diversos modelos y teorías. Desde las teorías factoriales, el test más representativo que ha inspirado el desarrollo de otros es:

1 Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI.

2 Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF. ✓

3 Gordon Personal Profile, GPP.

4 Tennessee Self Concept Scale, TSCS.

El 16PF de Cattell es el test factorial de personalidad de referencia

Fernández-Ballesteros distingue tres estrategias de construcción de tests: **racional**, **empírica** y **analítico-factorial**. En la factorial se analiza factorialmente una gran población de ítems para determinar las dimensiones básicas que subyacen a ellos, y uno de sus instrumentos clásicos es el **16PF** (*Sixteen Personality Factor Questionnaire*), construido factorialmente para identificar rasgos básicos de la personalidad. Entre los tests de personalidad de estrategia analítico-factorial destaca dos grupos, los de **Cattell** (el 16PF y sus adaptaciones a otras edades) y los surgidos de la teoría de los cinco grandes. Moreno Rosset añade que el 16PF, basado fundamentalmente en el análisis factorial, se ha convertido en un **referente** de la construcción psicométrica de instrumentos de evaluación.

1. El MMPI es el ejemplo de estrategia empírica: sus ítems se eligieron porque diferenciaban las respuestas de pacientes y no pacientes.
2. El 16PF de Cattell, construido factorialmente para identificar los rasgos básicos de la personalidad, es el referente de los tests factoriales.
3. El Perfil e Inventario de Personalidad de Gordon (PPG-IPG) mide cuatro rasgos en el perfil (ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional y sociabilidad) y cuatro en el inventario. Los ejemplos de construcción factorial que dan los manuales son el 16PF, los tests de los cinco grandes y el PMA.
4. La Escala de Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965) evalúa el autoconcepto desde una perspectiva multidimensional, con tres factores internos y cinco externos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 308-309 y 326. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 456 y 462. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 8 (Mestre et al., Evaluación del desarrollo moral), pág. 324.

EN EL ATLAS

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

39

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

La escala de rangos percentiles que habitualmente se emplea para comunicar los resultados de los test normativos constituyen una escala del tipo:

1 Nominal.

2 Ordinal. ✓

3 Intervalo.

4 Razón.

Los percentiles forman una escala ordinal

Muñiz explica que la transformación a **escala centil** asigna a cada puntuación directa el porcentaje de personas que obtienen puntuaciones inferiores, lo que da una idea rápida de la **posición relativa** de la persona en el grupo. Los percentiles constituyen una **escala ordinal**: permiten ordenar a las personas pero no garantizan la igualdad de intervalos, de modo que diferencias iguales entre percentiles no implican diferencias iguales entre puntuaciones directas. Según la clasificación de Stevens que recoge Suárez Falcón, la escala nominal solo distingue igualdad o desigualdad, la **ordinal** añade el orden, la de **intervalo** usa una unidad y da sentido a las diferencias, y la de **razón** permite comparar dos medidas mediante un cociente.

1. La escala nominal solo distingue la igualdad o desigualdad entre valores; los percentiles además ordenan.
2. Los percentiles permiten ordenar a las personas pero no garantizan la igualdad de intervalos.
3. La escala de intervalo exige intervalos iguales entre unidades, y diferencias iguales entre percentiles no implican diferencias iguales entre puntuaciones directas.
4. La escala de razón requiere, además, un cero verdadero que indique ausencia de la magnitud medida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 5, pág. 177. Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 12-16. Barbero García, M. I., Vila Abad, E. y Holgado Tello, F. P. (2015). Psicometría. Sanz y Torres. Tema 9, pág. 453.

EN EL ATLAS

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

40

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 1

El coeficiente de fiabilidad de un test aumenta cuando:

1. Aumenta la variabilidad de la muestra. ✓
2. Disminuye el número de ítems.
3. Aumenta la dimensionalidad.
4. Disminuye su validez predictiva.

La fiabilidad aumenta al aumentar la variabilidad de la muestra

Muñiz advierte que la fiabilidad de un test depende de sus características y también de la **muestra** con que se calcula. El coeficiente de fiabilidad **aumenta al aumentar la variabilidad** de la muestra, porque se define como la correlación entre dos formas paralelas y la **correlación** crece con la variabilidad del grupo; en su ejemplo pasa de 0,64 a 0,91 cuando la varianza sube de 25 a 100. La fiabilidad también depende de la **longitud**: según la fórmula de **Spearman-Brown**, añadir ítems paralelos la aumenta y suprimirlos la reduce (de 0,90 a 0,844 al quitar 60 de 150 ítems).

1. Al aumentar la variabilidad de la muestra aumenta el coeficiente de fiabilidad.
2. Disminuir el número de ítems reduce la fiabilidad, según la fórmula de Spearman-Brown.
3. El coeficiente alfa resulta elevado cuando los ítems se acercan a la unidimensionalidad, así que añadir dimensiones no es una vía para elevar la fiabilidad.
4. El coeficiente de validez está limitado por el índice de fiabilidad (es menor o igual que él), y una menor validez predictiva no eleva la fiabilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, págs. 33-35 y 39; cap. 3, pág. 111.

EN EL ATLAS

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

41 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 4

Entre los modelos de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) unidimensionales, el modelo logístico de un parámetro (Modelo de Rasch) se caracteriza por asumir que los ítems difieren en su nivel de dificultad (parámetro b) y:

1. El parámetro a=0 y el parámetro c=0.
2. El parámetro a=1,7 y el parámetro c=0.
3. El parámetro a es constante y el parámetro c=1,7.
4. El parámetro a es constante y el parámetro c=0. ✓

En el modelo de Rasch la discriminación es constante y no hay parámetro de azar

En el **modelo logístico de un parámetro** o **modelo de Rasch**, la respuesta a un ítem solo depende de la competencia de la persona (θ) y de la **dificultad** del ítem (b), que es el único parámetro de los ítems a tener en cuenta. El modelo de dos parámetros añade la discriminación (a) y el de tres, el parámetro c, la probabilidad de acertar al azar. Muñiz lo resume así: el de tres parámetros es el más general; si se hace **c = 0** se obtiene el de dos parámetros, y si además **a se asume constante** para todos los ítems se obtiene el de un parámetro. La constante D de las fórmulas toma el valor 1,7 cuando se quiere que la función logística apenas difiera de la curva normal acumulada.

1. La discriminación no vale 0 en el modelo de Rasch: se asume constante para todos los ítems.
2. El valor 1,7 corresponde a la constante D de la función logística; en el modelo de Rasch el parámetro a se asume constante.
3. El parámetro c es la probabilidad de acertar al azar y vale 0 en el modelo de un parámetro; 1,7 es el valor de la constante D.
4. El modelo de Rasch se obtiene del de tres parámetros haciendo c = 0 y asumiendo a constante para todos los ítems.

Trampa. El 1,7 de las opciones 2 y 3 es el valor de la constante D de la fórmula.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, págs. 195-199.

Tema L23 · Teoría de respuesta al ítem. Se estudia con Muñiz (Base).

42

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

La sensibilidad de una prueba psicométrica empleada con fines de diagnóstico viene dada por:

1. El número de clasificaciones correctas hechas mediante la prueba.
2. La proporción de casos correctamente detectados por la prueba. ✓
3. La proporción de casos incorrectamente detectados por la prueba.
4. El número de casos que la prueba deja de detectar.

La sensibilidad es la proporción de casos que el test detecta correctamente

Muñiz define la **sensibilidad** de una prueba como la **proporción de personas correctamente detectadas** por la escala respecto del total de casos existentes según el criterio, que en su ejemplo son los expertos. De seis personas que necesitan terapia, la escala detecta a cinco, y la sensibilidad es 5/6 = 0,83. Será máxima cuando no haya **falsos negativos**. La **especificidad** es la proporción de personas correctamente consideradas como no casos respecto del total de no casos, y será máxima cuando no existan falsos positivos. La **proporción de clasificaciones correctas** reúne todos los aciertos del test, con casos y con no casos.

1. Las clasificaciones correctas suman los aciertos con casos y con no casos, y el manual las expresa como proporción de clasificaciones correctas, un índice distinto de la sensibilidad.
2. Es la definición de Muñiz: casos correctamente detectados respecto del total de casos según el criterio.
3. Los casos que el test señala por error son los falsos positivos, cuya ausencia hace máxima la especificidad.
4. Los casos que la prueba deja de detectar son los falsos negativos; restan sensibilidad, que será máxima cuando no los haya.

Trampa. Las opciones 1 y 4 hablan de números absolutos; los índices de validez de las decisiones son proporciones referidas a un total.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, apdo. 4.3.1, págs. 131-133.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 74

43

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 4

A la probabilidad de obtener, siendo Ho verdadera, un resultado para un estadístico de contraste, tan o más extremo que el encontrado en nuestra muestra, se denomina:

1 Nivel de significación, alfa.

2 Nivel de confianza, 1 – alfa.

3 Potencia de prueba, 1 – beta.

4 Grado de significación o nivel crítico, p. ✓

El nivel crítico p es la probabilidad de un resultado igual o más extremo si H0 es verdadera

Maciá define el **nivel crítico p** como la probabilidad de obtener un resultado como el obtenido en la muestra, **o más extremo**, **bajo el supuesto de que la hipótesis nula es verdadera**. Es una **probabilidad condicionada** y no indica la probabilidad de que H0 sea cierta. El **nivel de significación** (α), en cambio, lo fija el investigador de antemano: representa el máximo riesgo que está dispuesto a asumir de rechazar una H0 verdadera. Su complementario, 1 – α, es el nivel de confianza. La **potencia** (1 – β) es la decisión correcta de rechazar H0 cuando es falsa. La regla de decisión compara p con α.

1 El nivel de significación lo fija a priori el investigador y es la probabilidad de cometer el error tipo I, rechazar una H0 verdadera.

2 El nivel de confianza, 1 – α, corresponde a la decisión correcta de no rechazar una hipótesis nula que puede ser verdadera.

3 La potencia, 1 – β, es la decisión correcta de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa.

4 Es la definición del nivel crítico p que da el manual.

Para fijarlo. α se decide antes de mirar los datos; p se calcula con ellos.

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 y 43-44; cap. 2, apdo. 2.3, pág. 58.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 75, PIR 2025 · n.º 14

44 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L18 · Contraste de la relación entre variables

Respuesta correcta: 3

Cuál de los siguientes es un supuesto que debe cumplirse para la aplicación de la prueba de chi-cuadrado de independencia en una tabla de contingencia:

1. Que exista un igual número de filas que de columnas.
2. Que las variables estén medidas en escala ordinal.
3. Que no haya más de un 20% de frecuencias esperadas inferiores a 5. ✓
4. Que las frecuencias esperadas sean iguales a las frecuencias empíricas.

La X² de Pearson admite como mucho un 20 % de frecuencias esperadas menores que 5

Pardo, Ruiz y San Martín resumen en el cuadro 10.1 el contraste de independencia con la prueba **X² de Pearson**. Entre sus **supuestos** figura que **no más del 20 % de las frecuencias esperadas sean menores que 5**, junto con una muestra aleatoria clasificada en las I × J casillas de la tabla y una probabilidad constante de pertenecer a cada casilla. Las **frecuencias esperadas** son los pronósticos que se derivan de la hipótesis de independencia. El estadístico las compara con las observadas y vale cero cuando coinciden por completo, que es lo que pronostica esa hipótesis. Se aplica a **dos variables categóricas**, de medida nominal u ordinal con pocos valores.

1. La tabla tiene I × J casillas, sin exigencia de igualdad; el ejemplo del manual cruza el sexo (2 categorías) con el tabaquismo (3).
2. Las variables categóricas solo admiten una medida de tipo nominal (u ordinal con pocos valores); la prueba no exige escala ordinal.
3. Es uno de los supuestos del cuadro 10.1.
4. Si las esperadas igualan a las observadas, el estadístico vale cero y los datos coinciden con la independencia; ningún supuesto lo exige.

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. 274-275 y 282-284 (cuadro 10.1).

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

45 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L10 · Estadística descriptiva de una variable

Respuesta correcta: 3

En un diagrama de cajas (Box-Plot), la caja central representa:

1 El 100% de los casos.

2 El 75% central de los casos.

3 El 50% central de los casos. ✓

4 El 25% central de los casos.

La caja del diagrama de Tukey contiene el 50 % central de los casos

Suárez Falcón et al. describen el **diagrama de caja** o de caja y bigotes de Tukey como una caja rectangular cuya altura corresponde a la **amplitud intercuartil**, AIQ = Q3 − Q1 = P75 − P25. Dentro se dibuja una línea en la **mediana** (Q2). El manual advierte que la amplitud intercuartil no informa de la variabilidad del conjunto de puntuaciones, sino **del 50 % de las mismas comprendidas entre el percentil 25 y el 75**. Por eso la caja recoge el **50 % central** de los casos. Los bigotes llegan a los valores mínimo y máximo que no son atípicos, y los atípicos aparecen como círculos fuera de ellos.

1 El diagrama entero, con bigotes y valores atípicos, abarca todos los casos; la caja solo va de Q1 a Q3.

2 Ningún elemento del gráfico recoge el 75 % central; Q3 (P75) es solo el borde superior de la caja.

3 Es lo que delimita la amplitud intercuartil, entre el percentil 25 y el 75.

4 Un 25 % es lo que queda a cada lado de la caja, por debajo de Q1 o por encima de Q3.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 115 y 123-124.

EN EL ATLAS: Tema L10 · Estadística descriptiva de una variable. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

46

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas · Anulada

Anulada

En una investigación, se decide utilizar una muestra compuesta solo por mujeres para controlar el efecto del género y se utiliza un diseño de dos grupos al azar. Según este enunciado, para controlar las amenazas a la validez interna del diseño se han utilizado técnicas de:

1 Eliminación y constancia.

2 Eliminación y equilibración.

3 Constancia y equilibración.

4 Eliminación y aleatorización.

Usar solo mujeres puede leerse como eliminación o como constancia, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Quintanilla define la **eliminación** como utilizar el valor cero de la variable extraña eliminando todos los demás valores, útil sobre todo para variables ambientales. La **constancia** consiste en elegir un valor diferente de cero y aplicarlo a todos los participantes de todos los grupos, y es adecuada para variables físicas y de sujeto. El propio manual pone como ejemplo de constancia seleccionar solo niños o niñas, y añade que, al mantener constante un valor, se eliminan los demás, de modo que ambas técnicas en ocasiones son complementarias. La **aleatorización** es una **técnica de equilibrado**. El motivo oficial de la anulación no consta en el corpus.

1 La muestra de mujeres admite la lectura de eliminación, pero el diseño de dos grupos al azar añade una técnica de equilibrado que esta opción no recoge.

2 Combina la lectura de eliminación con el equilibrado, la familia de técnicas a la que pertenece la aleatorización.

3 Clave provisional. El manual llama constancia a seleccionar solo niños o niñas, y la aleatorización es una técnica de equilibrado.

4 Combina la eliminación con la aleatorización, que es la técnica de equilibrado concreta que se usa aquí.

Ojo. El comentario de partida indica que la plantilla provisional dio por correcta la 3 y que la definición de eliminación encajaba mejor con el enunciado. Con Quintanilla tienen apoyo la 2, la 3 y la 4, porque la aleatorización es una forma de equilibrado y el manual admite que eliminar y mantener constante se solapan.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas. Se estudia con Quintanilla (Base).

47 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L6 · Diseños cuasiexperimentales

Respuesta correcta: 2

Con relación al tipo de regla de asignación utilizada en los diseños de investigación, indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

1 En un diseño pretest-postest con grupo de control no equivalente, la regla de asignación utilizada es no aleatoria pero conocida.

2 En un diseño de discontinuidad de la regresión, la regla de asignación utilizada es no aleatoria pero conocida. ✓

3 En un diseño simple de series temporales interrumpidas, la regla de asignación utilizada es no aleatoria pero conocida.

4 En un diseño de medidas totalmente repetidas, la regla de asignación utilizada es no aleatoria pero conocida.

La discontinuidad en la regresión asigna con una regla no aleatoria pero conocida

Quintanilla clasifica los diseños cuasiexperimentales con grupo de control según la **regla de asignación**. En los de **grupo de control no equivalente** se trabaja con grupos ya formados, por lo que la regla es **desconocida**. En el **diseño de discontinuidad en la regresión**, en cambio, los participantes se asignan aplicando una regla **conocida**, su puntuación en la medida pretratamiento respecto de un punto de corte. Por eso este diseño permite descartar algunas amenazas a la validez interna. En ninguno de los dos hay asignación aleatoria, que es característica de la experimentación.

1 En el diseño pretest-postest con grupo de control no equivalente se trabaja con grupos ya formados y se desconoce la regla de asignación.

2 Los participantes van a un grupo u otro según su puntuación pretest y un punto de corte, una regla no aleatoria y conocida.

3 El diseño simple de series temporales interrumpidas requiere solo un grupo, con varias medidas antes y después del tratamiento, así que no reparte participantes entre grupos.

4 En los diseños de medidas repetidas todos los participantes pasan por todos los tratamientos; lo que se aleatoriza es el orden de presentación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 6, apdos. 6.6, 6.6.2 y 6.8.1; cap. 4, apdo. 4.3.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L6 · Diseños cuasiexperimentales. Se estudia con Quintanilla (Base). Quintanilla es Base del tema L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas.

48

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

En lo que respecta a las características de los diseños de investigación y a las técnicas de análisis asociadas a los mismos, indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

1. En el diseño de bloques aleatorios se lleva a cabo una restricción a la aleatorización, de modo que los tratamientos se asignan aleatoriamente a los sujetos en función del bloque al que pertenecen. ✓
2. En los diseños de medidas totalmente repetidas, además de la homocedasticidad, es necesario garantizar el supuesto de esfericidad para poder utilizar pruebas paramétricas.
3. En un diseño factorial AxB, cuando los resultados indican que tanto los efectos principales como el de interacción son estadísticamente significativos, deben interpretarse en primer lugar los efectos principales y posteriormente el efecto de interacción.
4. En los diseños multigrupos aleatorios, la presencia de interacción entre variables puede interpretarse como un efecto moderador.

En el diseño de bloques la aleatorización se aplica con la restricción de los bloques

En el **diseño de bloques aleatorios** se forman subgrupos de participantes con puntuaciones similares en una variable extraña muy relacionada con la dependiente, y después se asignan **aleatoriamente**, preferentemente en igual número, a cada condición. Quintanilla lo describe como un diseño de grupos independientes en el que la **aleatorización se aplica de acuerdo con ciertas restricciones**, la organización de bloques. En un **diseño factorial** con interacción significativa, Maciá propone analizar primero los **efectos simples** y valorar los efectos principales a la luz de esos resultados. El **diseño multigrupo** tiene una sola variable independiente, así que no puede haber interacción.

1. Es la descripción del manual: la asignación aleatoria se hace dentro de cada bloque, con la restricción que impone la variable de bloqueo.
2. Pardo y San Martín explican que, si no puede asumirse esfericidad, cabe modificar los grados de libertad del estadístico F o usar estadísticos multivariados que no la exigen, así que no es un requisito para cualquier prueba paramétrica.
3. La secuencia de Maciá empieza por la interacción: si es significativa se analizan los efectos simples, y los principales se interpretan a la luz de ese análisis.
4. El diseño multigrupo es una extensión del de dos grupos con una sola variable independiente de tres o más niveles; sin una segunda variable no hay interacción.

Ojo. La opción 2 está cerca del texto. Pardo y San Martín llaman a la esfericidad condición necesaria y suficiente para que el estadístico F convencional se distribuya como se asume; la opción solo falla si se lee que sin esfericidad no cabe ningún análisis paramétrico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdos. 4.5.1.1.3 y 4.5.1.2 (sin paginación impresa). Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 7, apdo. 7.6, págs. 228-229 (figura 7.5). Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 8, págs. 303-305.

EN EL ATLAS

Tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales. Se estudia con Quintanilla (Base). Maciá es Base del tema L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores.

49

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 4

En lo que respecta al uso de la aleatorización como regla de asignación, indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

1. Los diseños experimentales y cuasi-experimentales se caracterizan por utilizar, como técnica de control, la asignación aleatoria de los sujetos a los tratamientos.
2. La aleatorización o utilización de una regla de asignación aleatoria es la técnica de control más importante de los diseños experimentales debido a que su efectividad es independiente del tamaño muestral.
3. Todos los diseños, tanto los intersujeto como los intrasujeto, deben incorporar la regla de asignación aleatoria para ser considerados diseños experimentales.
4. La aleatorización, como técnica de equilibración, es una estrategia de control que persigue reducir el sesgo de selección. ✓

La aleatorización es una técnica de equilibrado que protege frente a la selección diferencial

Quintanilla incluye la **aleatorización** entre las **técnicas de equilibrado o balanceo**, que buscan grupos equivalentes repartiendo los valores de la variable extraña entre las condiciones. Permite controlar la mayoría de las variables extrañas conocidas y desconocidas, **si el tamaño de la muestra es suficientemente grande**. Con ella los grupos son equivalentes antes de aplicar el tratamiento, y por eso se relaciona con la validez interna. Cuando esa equivalencia inicial no se garantiza, las conclusiones quedan expuestas a la **selección diferencial**, la amenaza que surge si los participantes difieren sistemáticamente antes del tratamiento.

1. La asignación aleatoria es una característica de la experimentación, de la que carece la estrategia cuasiexperimental.
2. Su eficacia depende del tamaño muestral: el manual la condiciona a que la muestra sea suficientemente grande.
3. En los diseños intragrupo todos los participantes pasan por todos los tratamientos y lo que se aleatoriza es el orden de presentación, mediante contrabalanceo.
4. La aleatorización es una técnica de equilibrado y garantiza la equivalencia inicial de los grupos, que es lo que evita la selección diferencial.

Ojo. El enunciado habla de «sesgo de selección»; Quintanilla llama a esta amenaza selección diferencial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.2; cap. 3, apdo. 3.2.2 y tabla 3.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas. Se estudia con Quintanilla (Base).

50 PSICOLOGÍA SOCIAL

M2 · El yo social y la cultura

Respuesta correcta: 1

Los aspectos del autoconcepto de una persona que están basados en su pertenencia a grupos se denomina:

1 Identidad social. ✓

2 Colectivismo.

3 Autoestima.

4 Endogrupo.

La identidad social es la parte del autoconcepto que procede de la pertenencia a grupos

Gaviria, López Sáez y Cuadrado recogen la definición de Tajfel (1981): la **identidad social** es aquella parte del **autoconcepto** del individuo que se deriva del conocimiento de su **pertenencia a un grupo** (o grupos) social, junto con el significado emocional y valorativo asociado a dicha pertenencia. La teoría de la identidad social la distingue de la **identidad personal**, en la que cada individuo se define por sus rasgos de personalidad y por las relaciones interpersonales idiosincrásicas que mantiene con otras personas. Tenemos tantas identidades sociales como grupos a los que pertenecemos.

1. Es la definición de Tajfel que recoge el manual.
2. El individualismo-colectivismo es una dimensión de variabilidad cultural de Hofstede; el colectivismo representa culturas en las que las personas se integran desde que nacen en endogrupos fuertes y cohesivos.
3. La autoestima es la evaluación positiva o negativa del yo, la actitud que tenemos hacia nosotros mismos.
4. El endogrupo es el grupo al que pertenece la persona, cuyos miembros se perciben de forma diferenciada; es el referente de la identidad social y no una parte del autoconcepto.

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. 5, págs. 121 y 129; cap. 2, pág. 38; glosario, pág. 407.

EN EL ATLAS: Tema M2 · El yo social y la cultura. Se estudia con Gaviria (Base).

51

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 3

El denominado “sesgo de correspondencia” consiste en la tendencia a:

1 Responder positivamente ante las conductas altruistas.

2 Encontrar semejanzas en la conducta de diferentes sujetos.

3 Atribuir los comportamientos a las disposiciones internas de los sujetos. ✓

4 Explicar las conductas a partir de estímulos previos.

El sesgo de correspondencia explica la conducta por las disposiciones del actor

Gaviria, López Sáez y Cuadrado explican que primero se usó el término **error fundamental de atribución** (Ross, 1977) para la tendencia a enfatizar las explicaciones basadas en **características disposicionales del actor** frente a las basadas en el entorno. Como el sesgo dista de ser universal, prefieren hablar de **sesgo de correspondencia**, la tendencia a explicar la conducta basándose en las **disposiciones del actor**. Lo ilustra el experimento de Jones y Harris (1967): los participantes atribuían al redactor la actitud de su escrito aunque supieran que se le había obligado a escribirlo. Heider lo explica porque la persona y su conducta **«engullen» el contexto**.

1 Responder positivamente a las conductas altruistas nada tiene que ver con este sesgo, que se refiere a cómo explicamos la conducta ajena.

2 El sesgo de correspondencia se refiere a la causa que se atribuye a la conducta de un actor, y no a comparar la conducta de varias personas.

3 Es la definición del manual: atribuir la conducta a las disposiciones del actor, ignorando el peso de la situación.

4 Explicar la conducta por estímulos previos sería una explicación situacional, justo la que este sesgo tiende a infravalorar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 103.

EN EL ATLAS

Tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución. Se estudia con Gaviria (Base).

52 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 2

Cuando el comportamiento de una persona persigue evitar el rechazo del grupo, se produce el proceso denominado:

1 Influencia social informativa.

2 Influencia social normativa. ✓

3 Fenómeno de dilución.

4 Ilusión del Mundo Justo.

Conformarse para evitar el rechazo del grupo es influencia normativa

Gaviria, López Sáez y Cuadrado explican la influencia mayoritaria con la **dependencia normativa** y la **dependencia informativa**. La normativa se produce cuando la persona está motivada a mantener una relación positiva con los demás miembros del grupo y desea **recibir su aprobación o evitar el rechazo** de la mayoría. La influencia es solo manifiesta, pública, y no implica que haya cambiado de opinión; el paradigma de **Asch** es su ejemplo por excelencia. La informativa aparece cuando la persona quiere dar una respuesta ajustada a la realidad y depende de la información de los demás, como en el efecto de normalización de **Sherif**.

1 La influencia informativa nace del deseo de dar una respuesta adaptada a la realidad cuando la persona no puede evaluarla por sí misma, y la respuesta se interioriza.

2 Es la dependencia normativa: buscar la aprobación del grupo o evitar su rechazo.

3 El «fenómeno de dilución» no aparece en el corpus del Atlas ni entre los procesos de influencia que describe el manual.

4 La creencia en un mundo justo, en el que cada uno tiene lo que se merece, favorece explicaciones que culpabilizan a la víctima.

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, pág. 364; cap. 4, pág. 103.

EN EL ATLAS

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución.

53 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 4

Una táctica o efecto de persuasión consistente en conseguir que un sujeto acceda a una petición costosa, haciendo que acceda antes a una petición de bajo coste, se denomina:

1 De la bola baja.

2 De reducción de tensión.

3 De la puerta en la cara.

4 Del pie en la puerta. ✓

El pie en la puerta parte de una petición pequeña para lograr después otra mayor

Gaviria, López Sáez y Cuadrado agrupan las tácticas de influencia según el principio en que se apoyan. La del **pie en la puerta** se basa en el **compromiso y la coherencia**: consiste en conseguir un **compromiso inicial, aunque sea de poca importancia**, sabiendo que la persona, una vez que haya accedido, actuará en consecuencia y será más fácil que acepte nuevas peticiones en la misma línea. La de la **bola baja** busca un compromiso con información falsa o incompleta. La del **portazo en la cara**, basada en la reciprocidad, empieza por un gran favor para pedir después uno bastante menor.

1 En la bola baja la persona se compromete con información falsa o incompleta y mantiene el compromiso cuando recibe la información adecuada.

2 La «reducción de tensión» no figura entre las tácticas de influencia que recoge el manual.

3 El portazo en la cara sigue el orden inverso: una petición extrema que se rechaza y, después, otra menor.

4 Es la táctica del pie en la puerta.

> **Para fijarlo.** En el pie en la puerta se sube de lo pequeño a lo grande; en el portazo en la cara se baja de lo grande a lo pequeño.

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. 7, págs. 186-189.

EN EL ATLAS: Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 67

54 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 3

El enfoque del liderazgo que se basa en el intercambio de recompensas entre el líder (agente de influencia) y sus seguidores se denomina:

1 Liderazgo transformacional.

2 Modelo de liderazgo de contingencia.

3 Liderazgo transaccional. ✓

4 Liderazgo carismático.

El liderazgo transaccional se basa en el intercambio de recompensas entre líder y seguidores

Molero et al. presentan el modelo de **Bass** (1985), que distingue dos tipos de liderazgo. Uno, el más habitual, está **basado en el intercambio de recompensas entre líder y seguidores** y recibe el nombre de **liderazgo transaccional**; bien aplicado, produce efectos positivos en el rendimiento y la satisfacción de los subordinados. Otro, el **liderazgo transformacional**, consigue a través de la influencia personal del líder efectos extraordinarios en sus seguidores: los conciencia de la importancia del trabajo, les hace trascender su propio interés en beneficio del grupo y cambia sus valores, actitudes y creencias.

1. El liderazgo transformacional se apoya en la influencia personal del líder, capaz de alterar la jerarquía de necesidades del seguidor.
2. El modelo de la contingencia de Fiedler hace depender la efectividad del liderazgo de una combinación de factores situacionales con ciertas características personales del líder.
3. Es el liderazgo transaccional de Bass.
4. El manual presenta el modelo transformacional de Bass como la perspectiva más elaborada del liderazgo carismático; ninguno de los dos se define por el intercambio de recompensas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 5, págs. 160 y 166-167.

EN EL ATLAS: Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base).

55 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 3

La aparición del denominado “Pensamiento grupal”, según modelo propuesto por Janis, se ve favorecida por:

1 El alto autoconcepto individual.

2 La heterogeneidad del grupo.

3 El liderazgo directivo o falta de tradición de un liderazgo imparcial. ✓

4 La trayectoria previa de éxito del grupo.

La falta de tradición de un liderazgo imparcial es un antecedente del pensamiento grupal

Molero et al. exponen el **modelo de Janis**. La condición antecedente principal es la **cohesión grupal**, necesaria pero no suficiente. La acompañan características estructurales del grupo, como su aislamiento, la costumbre de que **el líder imponga su postura**, la ausencia de normas sobre procedimientos sistemáticos y la **homogeneidad** de los miembros, y factores de la situación, como un estrés elevado por amenazas externas y una **baja autoestima** provocada por un fracaso reciente, por la dificultad de la tarea o por un dilema moral. En la figura del modelo, uno de los fallos estructurales es la «falta de tradición de un liderazgo imparcial».

1 El modelo recoge una baja autoestima de los miembros en ese momento; un autoconcepto individual alto no figura entre los antecedentes.

2 El antecedente es la homogeneidad de los miembros en actitudes, ideología y origen social.

3 Es uno de los fallos estructurales de la organización en el modelo de Janis.

4 Janis señala como factor de la situación un fracaso reciente que rebaja la autoestima; una trayectoria de éxito no aparece entre los antecedentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 8, apdo. 4.2.1, págs. 262-265.

EN EL ATLAS: Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base).

56 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

Cuando el discurso de la persona se caracteriza por un patrón de habla espontánea en el que las ideas se escabullen unas de otras, se dicen cosas yuxtaponiéndolas y falta una adecuada conexión entre frases o ideas, hablamos de:

1 Descarrilamiento. ✓

2 Tangencialidad.

3 Habla adireccional.

4 Alogia.

Ideas yuxtapuestas sin conexión adecuada en el habla espontánea son un descarrilamiento

Belloch, Sandín y Ramos recogen las definiciones de Andreasen. El **descarrilamiento** (pérdida de asociaciones, fuga de ideas) es un patrón de **habla espontánea** en el que las ideas se entremezclan y no se relacionan entre sí o lo hacen de manera tangencial. Las frases están bien construidas, pero falta cohesión porque hay una **yuxtaposición y mezcla de frases sin la conexión adecuada**. Se diferencia de la **incoherencia** porque en esta la anomalía se da dentro de la frase. La **tangencialidad** se aplica únicamente a las respuestas a preguntas, y no a las transiciones en el habla espontánea, que es lo que la separa del descarrilamiento.

1 Coincide con la definición de Andreasen que recoge el manual.

2 La tangencialidad consiste en responder de modo tangencial o irrelevante a las preguntas, y Andreasen la separa del descarrilamiento por ese motivo.

3 El «habla adireccional» no figura en la clasificación de los trastornos del pensamiento del manual (figura 8.1).

4 La alogia es un descriptor general de síntomas negativos de la esquizofrenia que incluye la pobreza del habla y la pobreza del contenido del habla.

Trampa. Descarrilamiento y tangencialidad describen un discurso que se aleja del tema; lo que los separa es si ocurre en el habla espontánea o al responder a preguntas.

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, págs. 234-236 y 238.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 143

57 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

La circunstancialidad del pensamiento se caracteriza porque:

1 Se acompaña a menudo de pasividad motora, indiferencia afectiva y/o ausencia de motivación para actuar.

2 Las conexiones entre pensamientos sucesivos se establecen, en muchos casos, al azar o en función de la semejanza de sonidos entre palabras, o por refranes, etc.

3 Se produce una disminución significativa en la producción de pensamientos e imágenes mentales, de tal manera que el pensamiento se vuelve lento y trabajoso.

4 La finalidad del pensamiento nunca se pierde y éste alcanza su meta pero progresa lentamente con multitud de detalles irrelevantes y excesivos paréntesis. ✓

La circunstancialidad se pierde en detalles y paréntesis, pero alcanza la meta

En la **circunstancialidad**, según Belloch, Sandín y Ramos, el discurso se **pierde en detalles innecesarios** y a menudo irrelevantes, fluye de manera indirecta y **tarda mucho en alcanzar la meta**, como si la persona fuera incapaz de diferenciar entre lo accesorio y lo importante. Se diferencia del **descarrilamiento** porque, a pesar de los **excesivos paréntesis**, la persona **alcanza la meta o propósito del discurso** y los detalles guardan alguna relación con el tema principal. Puede aparecer en el trastorno obsesivo-compulsivo, en episodios de hipomanía y de manía o en la depresión, entre otros cuadros, y es poco habitual en la esquizofrenia.

1 La pasividad motora, la indiferencia afectiva y la falta de motivación para actuar no figuran entre los rasgos de la circunstancialidad, que se define por el exceso de detalles.

2 Las conexiones por semejanza de sonidos describen las resonancias, en las que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por su significado.

3 Un pensamiento lento y trabajoso se acerca a la bradipsiquia, un enlentecimiento general de las funciones mentales; la circunstancialidad, al contrario, produce mucha información.

4 Es la definición del manual.

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. 236-237.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 81

58 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 manifiestan en uno o varios grupos musculares o bien de forma generalizada en todo el cuerpo, se les denomina:

1 Compulsiones.

2 Convulsiones. ✓

3 Tics.

4 Bradicinesias.

Las convulsiones son contracciones violentas, incontrolables y difusas de la musculatura voluntaria

Belloch, Sandín y Ramos caracterizan las **convulsiones** por la **contracción violenta, incontrolable y difusa de la musculatura voluntaria**. Son propias de la **epilepsia**, pero también aparecen en traumatismos craneales, abstinencia al alcohol, tumores o trastornos metabólicos, y se clasifican en focales y generalizadas. Los **tics**, en cambio, son movimientos involuntarios repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo, normalmente precedidos por una sensación de tensión y que pueden suprimirse durante un tiempo breve. La **bradicinesia** es la lentitud en la ejecución de movimientos voluntarios.

1 Las compulsiones se realizan en respuesta a las obsesiones o para reducir la ansiedad que estas producen.

2 Es la definición del manual.

3 Los tics son repentinos, intermitentes y sin objetivo, a menudo precedidos por una sensación de tensión, y suelen aparecer en cara, cabeza y hombros.

4 La bradicinesia es la lentitud en la ejecución de movimientos voluntarios, característica de la enfermedad de Parkinson.

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. 323 y 328-329.

EN EL ATLAS

Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

59 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

Cuando un recuerdo no es experimentado como tal, sino que, por el contrario, se experimenta como vivido por primera vez como una experiencia original, se denomina:

1 Criptoamnesia. ✓

2 "Déjà vu".

3 "Jamais vu".

4 Pseudología.

En la criptomnesia un recuerdo se vive como una producción original

Belloch, Sandín y Ramos sitúan la **criptomnesia** entre las **parapraxias del reconocimiento**. Un recuerdo no es experimentado como tal, y la persona cree que es una **producción original, vivida por primera vez**, porque falta la sensación de familiaridad. Es relativamente habitual en el mundo artístico y científico y, según Reed, siempre se da con material de naturaleza semántica. En el **déjà vu** la sensación de familiaridad es inadecuadamente intensa ante algo nuevo, y en el **jamais vu** está ausente ante algo conocido. La **pseudología fantástica** pertenece a las paramnesias del recuerdo.

1 Es la definición del manual.

2 En el déjà vu se siente familiaridad ante algo que se sabe nuevo, un falso reconocimiento positivo.

3 En el jamais vu la persona recuerda una situación ya vivida, pero no la siente familiar; falla el reconocimiento de perceptos, mientras que en la criptomnesia falla el de ideas ya conocidas.

4 La pseudología fantástica es una falsificación del recuerdo: narraciones inventadas, de contenido imposible o muy improbable, que el paciente llega a creerse.

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. 214-215.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 147

60 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 3

El síndrome de “Gilles de la Tourette” es un trastorno de tics que:

1 Afecta fundamentalmente a las mujeres.

2 Se suele iniciar a partir de la adolescencia.

3 Puede conllevar la manifestación de coprolalia. ✓

4 Se asocia a la enfermedad de Huntington.

La coprolalia es un tic vocal complejo que puede aparecer en el trastorno de la Tourette

El DSM-IV describe la **coprolalia**, la pronunciación de obscenidades, como un **tic vocal complejo** que se observa en unos pocos individuos con trastorno de la Tourette, **menos del 10 %**. Como el diagnóstico exige uno o más tics vocales, la coprolalia puede formar parte del cuadro, aunque no sea necesaria. El DSM-5-TR la sigue citando entre los tics vocales complejos y precisa que se expresa como un ladrido o un gruñido abrupto. Las demás opciones contradicen los datos de **sexo**, **edad de inicio** y **exclusión** que da el manual.

1. El DSM-IV lo da como aproximadamente 1,5-3 veces más frecuente en varones, y el DSM-5-TR dice que el sexo masculino se afecta más, con una relación de 2:1 a 4:1.
2. El DSM-IV sitúa la edad promedio de inicio de los tics motores en los 7 años y el DSM-5-TR, el primer comienzo de los tics entre los 4 y los 6 años. Por definición empieza antes de los 18.
3. Es un tic vocal complejo posible en el trastorno, aunque poco frecuente.
4. La enfermedad de Huntington figura entre las causas que hay que excluir: si los tics se deben a ella, no se diagnostica un trastorno de la Tourette.

Trampa. La coprolalia es el síntoma más conocido de la Tourette, pero es poco frecuente. Una opción que dijera que es necesaria o habitual sería falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de la Tourette, págs. 107-108.
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de tics, págs. 81-83.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 61, PIR 2017 · n.º 181

61 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 4

Las contracciones musculares localizadas en los músculos del cuello que obligan al individuo a flexionarlo y extenderlo (espasmos salutatorios de Salaam) se presentan asociados a:

1 El Alzheimer.

2 La esquizofrenia.

3 Ciertas profesiones como escribientes o violinistas.

4 El pequeño mal de la epilepsia o lesiones del hipotálamo. ✓

Los espasmos de Salaam se asocian al pequeño mal epiléptico y al hipotálamo

Belloch, Sandín y Ramos llaman **espasmos de la infancia o convulsiones salutatorias de Salaam** a los espasmos en los **músculos del cuello** que producen un movimiento repetido de flexión y extensión parecido al gesto de un saludo. Pueden observarse en **ausencias del pequeño mal de la epilepsia** y en **encefalitis del hipotálamo**. Las **distonías ocupacionales** o profesionales, en cambio, aparecen por un uso excesivo de una parte del cuerpo, como en escritores, golfistas o músicos, especialmente pianistas.

1 El manual vincula estos espasmos con la epilepsia y con el hipotálamo; la enfermedad de Alzheimer no figura entre sus causas.

2 La esquizofrenia no aparece entre los cuadros en que el manual describe los espasmos de Salaam.

3 Escritores y músicos remiten a las distonías ocupacionales o profesionales, causadas por el uso excesivo de una parte del cuerpo.

4 Coincide con el manual: ausencias del pequeño mal y afectación del hipotálamo.

Ojo. La 3.ª edición (2020) habla de «encefalitis del hipotálamo»; el comentario de partida, que sigue la 2.ª edición, habla de lesiones encefálicas del hipotálamo.

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. 327-328.

EN EL ATLAS

Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

62 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 1

La “Disfemia tónica” es:

1 Un bloqueo intenso al inicio del discurso que el sujeto vence por la fuerza. ✓

2 Pequeños espasmos que provocan la repetición de fonemas a lo largo del discurso.

3 Una amnesia permanente o temporal del lenguaje expresivo.

4 Una dificultad para utilizar correctamente las relaciones gramaticales y sus reglas.

Si el espasmo bloquea el inicio del discurso, la disfemia es tónica

Belloch, Sandín y Ramos describen tres formas de **disfemia** o tartamudez. En la **disfemia tónica** el **espasmo se produce al iniciar el discurso**; es un **bloqueo intenso que el sujeto vence con apuro**, y momentos después ya puede expresarse. El espasmo tónico se manifiesta por contracciones de duración variable que producen cierta rigidez. En la **disfemia clónica**, pequeños espasmos provocan la **repetición** de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase. Cuando la tartamudez es severa pueden darse espasmos tónicos y clónicos a la vez, y se habla de disfemia mixta.

1 Coincide con el manual; el enunciado dice que el bloqueo se vence «por la fuerza» y el manual, «con apuro».

2 Los pequeños espasmos que repiten fonemas o sílabas definen la disfemia clónica.

3 Una pérdida del lenguaje expresivo remite a la afasia, la pérdida de la capacidad de producir o de comprender el lenguaje por lesiones de los centros cerebrales del lenguaje.

4 La dificultad para unir las palabras en secuencias sintácticamente correctas es el agramatismo, un trastorno afásico que afecta a la sintaxis.

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. 284-285 y 297.

EN EL ATLAS: Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

63 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

La capacidad para codificar semánticamente la información se encuentra deteriorada en los enfermos de:

1 Parkinson.

2 Alzheimer. ✓

3 Esclerosis múltiple.

4 Huntington.

La codificación semántica se deteriora en el Alzheimer y se preserva en las demencias subcorticales

Belloch, Sandín y Ramos clasifican el **Alzheimer** y la enfermedad de Pick como **demencias corticales**, y la corea de Huntington, el Parkinson o la esclerosis múltiple como **subcorticales**. Con Beatty (1992) resumen cuatro diferencias. La primera es que la **capacidad para codificar semánticamente la información** parece **preservada** en Huntington, Parkinson y esclerosis múltiple y **bastante deteriorada** en el Alzheimer. Además, la memoria de reconocimiento se deteriora de forma más benigna en los subcorticales, las tasas de olvido en los primeros minutos están aceleradas en el Alzheimer y su amnesia retrógrada está graduada temporalmente.

1 En el Parkinson la codificación semántica parece preservada, y estos pacientes muestran poco o ningún deterioro en las pruebas de reconocimiento.

2 Es la primera diferencia de Beatty entre el Alzheimer y las demencias subcorticales.

3 La esclerosis múltiple figura entre los cuadros con la codificación semántica preservada.

4 En la corea de Huntington la codificación semántica también parece preservada; las dificultades de los subcorticales se atribuyen sobre todo a problemas de recuperación.

Trampa. Las tres opciones falsas son demencias subcorticales; la única cortical es la correcta.

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. 207-208.

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

64 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 2

A la hora de evaluar las habilidades sociales, si nos centramos en los elementos paralingüísticos, prestaremos atención a:

1 La expresión facial.

2 El tono de voz. ✓

3 El sentido del humor de la conversación.

4 El contacto ocular.

El tono de la voz es un componente paralingüístico de las habilidades sociales

Ruiz, Villalobos y Díaz recogen la propuesta de Caballo (1997), que divide las habilidades sociales en **conductuales**, **cognitivas** y cambios fisiológicos. Entre los componentes conductuales distinguen los **no verbales** (la mirada, la sonrisa, los gestos faciales, la orientación corporal), los **paralingüísticos**, tales como **la voz (volumen, tono)**, los tiempos de habla y la perturbación del habla, los **verbales**, referidos al contenido general del discurso, y los mixtos. Por eso, al evaluar los elementos paralingüísticos hay que atender al tono de voz.

1 Los gestos faciales son un componente no verbal.

2 Es uno de los ejemplos de componente paralingüístico que da el manual.

3 El sentido del humor no figura entre los componentes paralingüísticos, que el manual ejemplifica con la voz, los tiempos de habla y la perturbación del habla.

4 La mirada es un componente no verbal.

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. 3.2, pág. 313.

EN EL ATLAS

Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

65 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 4

Cuando observamos en una persona un trastorno psicomotor que le dificulta llevar a cabo actividades propositivas que exijan secuenciar y coordinar ordenadamente una serie de movimientos (p. ej. abrocharse los botones) podemos hablar de:

1 Estereotipias.

2 Discinesias.

3 Dismimias.

4 Apraxias. ✓

La apraxia impide secuenciar y coordinar movimientos propositivos aprendidos

Belloch, Sandín y Ramos definen la **apraxia** como una alteración neurológica que se manifiesta por la **dificultad para llevar a cabo una actividad psicomotora propositiva** (voluntaria) de cierta complejidad, que **requiere secuenciar y coordinar movimientos**, previamente aprendida y familiar, a pesar de que la persona comprende la tarea y desea realizarla. El ejemplo del manual es el de quien no puede **abotonarse la camisa**. Las **estereotipias** son repeticiones innecesarias de movimientos organizados, y las **dismimias**, una discordancia entre la expresión facial y los contenidos afectivos.

1 Las estereotipias son la repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos complejos y organizados, como frotarse las manos o mecer el cuerpo.

2 La discinesia tardía se describe con movimientos involuntarios de la boca, la lengua y los labios tras la administración prolongada de neurolépticos.

3 Las dismimias o paramimias reflejan una discordancia entre la expresión facial del paciente y sus contenidos afectivos.

4 Es la definición de apraxia del manual.

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. 328-329 y 337-338.

EN EL ATLAS: Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 69

66 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

La “laguna temporal” se caracteriza porque:

1 Es una alteración patológica de la memoria típica en los pacientes con Síndrome de Korsakoff.

2 Es una alteración que ocurre independientemente del nivel de habilidad del sujeto en la tarea que está realizando.

3 No se presenta desorientación persistente espacio-temporal. ✓

4 El sujeto registra los sucesos que funcionan como marcadores de tiempo, pero posteriormente no los puede recuperar.

La laguna temporal cursa sin desorientación persistente, porque no es una amnesia

Belloch, Sandín y Ramos, siguiendo a Reed, describen la **laguna temporal** como una experiencia en la que la persona no puede recordar nada de un lapso de tiempo durante el que realizaba una **tarea automática** que no requería esfuerzo cognitivo, como conducir. La consideran una alteración de la concentración que, por lo general, **no es patológica**. Aunque el individuo diga que no recuerda, **no es un problema de amnesia**: no se presenta desorientación persistente espaciotemporal ni otras características de la amnesia. Lo que ocurre es que la persona **no registra los sucesos** que podrían haber funcionado como marcadores de tiempo.

1 Es una experiencia por lo general no patológica y distinta de la amnesia, como la que caracteriza al síndrome de Korsakoff.

2 Solo ocurre cuando los hábitos están muy automatizados, así que depende de que la persona domine la tarea.

3 Coincide con el manual: a diferencia de la amnesia, no hay desorientación persistente espaciotemporal.

4 El sujeto no llega a registrar esos sucesos; el fallo está en el registro y no en la recuperación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 127-128; cap. 7, págs. 213-214.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

67 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

Las dismegalopsias se caracterizan porque:

1 Son una modalidad de alucinaciones visuales.

2 Son imágenes patológicas denominadas pseudopercepciones.

3 Son alteraciones del espectro de los síntomas megalomaníacos.

4 Son distorsiones perceptivas. ✓

Las dismegalopsias son distorsiones perceptivas del tamaño

La tabla 6.1 de Belloch, Sandín y Ramos separa las **distorsiones perceptivas** de los **engaños perceptivos**. Entre las distorsiones están las **metamorfopsias**, que incluyen las **dismegalopsias** (anomalías en la percepción del **tamaño**: micropsias y macropsias) y las dismorfopsias (de la forma). Los objetos reales se perciben a escala reducida o aumentada, y la persona suele ser consciente de la anomalía. Aparecen en trastornos neurológicos, como la epilepsia o las lesiones del lóbulo parietal, entre otras situaciones. Las alucinaciones y las **pseudopercepciones** pertenecen, en cambio, a los engaños perceptivos.

1 Las alucinaciones son engaños perceptivos; en la dismegalopsia hay un objeto real que se percibe con el tamaño alterado.

2 Las pseudopercepciones o imágenes anómalas figuran también entre los engaños perceptivos de la tabla 6.1.

3 El término alude al tamaño de lo percibido; el manual no lo relaciona con los síntomas megalomaníacos.

4 Es su lugar en la clasificación del manual.

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

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

68 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

Las alucinaciones funcionales se caracterizan porque:

1 Los estímulos procedentes de un objeto externo se combinan con una imagen mental dando lugar a una falsa interpretación de la realidad.

2 Se produce una percepción incorrecta de un estímulo externo por lo que algunos autores no la consideran como una verdadera alucinación sino como una forma especial de ilusión/distorsión.

3 Son fenómenos mórbidos que solo se presentan en poblaciones con trastornos cerebrales.

4 Un estímulo perteneciente a una modalidad sensorial, que es correctamente percibido, produce y se superpone a una alucinación en la misma modalidad sensorial que aparece y desaparece con ellos. ✓

En la alucinación funcional el estímulo y la alucinación coinciden en la misma modalidad

Belloch, Sandín y Ramos describen las **alucinaciones funcionales** como aquellas en las que un **estímulo** desencadena una alucinación **al mismo tiempo y en la misma modalidad sensorial**: un paciente oye la voz de Dios mientras suenan las campanadas del reloj y deja de oírla cuando cesan. El estímulo **se percibe correctamente** y la alucinación **se superpone** a él, de modo que no hay una interpretación errónea como en algunas ilusiones. Se llaman funcionales porque aparecen y desaparecen **en función de** los estímulos externos. Son frecuentes en la esquizofrenia, sobre todo en pacientes crónicos.

1 Combinar un estímulo con una imagen mental en una interpretación falsa se parece más a una ilusión; en la alucinación funcional el estímulo se percibe bien.

2 El manual las considera verdaderas alucinaciones, porque el estímulo que las desencadena se percibe correctamente.

3 Son frecuentes en la esquizofrenia, sobre todo en pacientes crónicos, y el manual recoge también un caso aparecido con un tratamiento farmacológico.

4 Es la definición del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.6, págs. 157 y 163-164.

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

69 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

El Síndrome Amnésico se caracteriza porque:

1 Los afectados presentan déficits generalizados en pruebas de memoria operativa.

2 Afecta fundamentalmente a la memoria implícita más que a la explícita.

3 Afecta a la memoria semántica, pero no a la episódica.

4 Afecta fundamentalmente a la memoria anterógrada. ✓

El síndrome amnésico afecta sobre todo a la memoria anterógrada

Belloch, Sandín y Ramos reservan el término **síndrome amnésico** para los casos en que una lesión cerebral produce un **déficit global y permanente de memoria** sin otros deterioros intelectuales. Se caracteriza por una gran dificultad para retener información nueva, es decir, **amnesia anterógrada**, acompañada o no de retrógrada, y la anterógrada es su característica más acusada. El paciente mantiene una conversación, lo que indica que su **memoria operativa** funciona con normalidad, y conserva los efectos de **facilitación** en las tareas indirectas. Los resultados revelan, además, que afecta a la memoria semántica y no solo a la episódica.

1 La memoria operativa funciona con normalidad; el manual contrapone en este punto el síndrome amnésico al Alzheimer.

2 Las tareas indirectas, como la facilitación, se conservan; el déficit aparece en las pruebas directas de recuerdo y reconocimiento.

3 El manual concluye que afecta también a la memoria semántica, y no solo a la episódica, como se mantuvo durante un tiempo.

4 Es su rasgo nuclear: la amnesia anterógrada.

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. 199-200, 202-204 y 207.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 72

70 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación Anulada

Anulada

La “fornicación” es:

1. Un tipo de delirio en el que el individuo se siente perseguido por animales salvajes.
2. Una alucinación háptica.
3. Una alteración del sueño.
4. Una desviación sexual.

La formicación es una alucinación háptica, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El enunciado pregunta por la «fornicación», y el comentario de partida atribuye la anulación a una errata por «**formicación**». Belloch, Sandín y Ramos describen la formicación como una forma específica de **alucinación háptica**: la sensación de que pequeños animales o insectos reptan por debajo o encima de la piel. Es especialmente característica de **estados orgánicos**, como la **abstinencia del alcohol** o la psicosis cocaínica, y en muchos casos es indistinguible de las alucinaciones corporales.

1. Un delirio de persecución por animales salvajes no coincide con la formicación, que es una sensación táctil de insectos en la piel.
2. Es la definición que correspondería al término «formicación»: una alucinación háptica.
3. La formicación figura en el manual entre las alucinaciones táctiles, no entre las alteraciones del sueño.
4. El manual no recoge ninguna desviación sexual con ese nombre.

Ojo. El comentario de partida no da clave provisional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 162.

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

71 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

La amnesia disociativa se caracteriza por:

1 Incapacidad para recordar información autobiográfica relevante. ✓

2 Confusión temporal de los recuerdos.

3 Alteración de la identidad.

4 Recuerdos confabulados.

La amnesia disociativa es la incapacidad para recordar información autobiográfica importante

La característica esencial de la **amnesia disociativa** en el DSM-IV es una **incapacidad para recordar información personal importante**, generalmente de naturaleza traumática o estresante, demasiado amplia para explicarse por el olvido ordinario; es una **alteración reversible** de la memoria. El DSM-5-TR la define igual, como incapacidad de recordar **información autobiográfica** importante incompatible con el olvido ordinario. La alteración de la identidad aparece en otros cuadros, como la fuga disociativa del DSM-IV o el trastorno de identidad disociativo, y Belloch reserva la **confabulación** para el **síndrome amnésico**.

1 Es el criterio A, en el DSM-IV y en el DSM-5-TR.

2 La amnesia disociativa impide recuperar recuerdos, y el manual no la describe como una confusión temporal de los recuerdos.

3 La alteración de la identidad era propia de la fuga disociativa del DSM-IV, con confusión sobre la identidad o asunción de otra nueva, y define el trastorno de identidad disociativo.

4 Belloch reserva el término confabulación para las falsificaciones del recuerdo que se dan en el síndrome amnésico con conciencia lúcida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Amnesia disociativa, págs. 490 y 493. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 216.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 40, PIR 2019 · n.º 117, PIR 2020 · n.º 98

72 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 3

¿Para qué tipo de paciente se desarrolló la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer?:

1 Paciente con enfermedades cardiovasculares.

2 Pacientes con infección por VIH.

3 Pacientes con cáncer. ✓

4 Pacientes con problemas renales.

La terapia psicológica adyuvante se creó para pacientes con cáncer

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces II presenta la **terapia psicológica adyuvante** (TPA, Greer, 1995) como un programa **cognitivo-conductual** para pacientes con **cáncer**, desarrollado en el hospital Royal Marsden y derivado de la **terapia cognitiva de Beck**. Parte de que el estrés relacionado con el cáncer depende de dos factores, el **significado personal de la enfermedad** y las **estrategias de afrontamiento** del paciente. Los pacientes se ven como personas psicológicamente normales desbordadas por el impacto del cáncer, y la terapia dura un promedio de seis sesiones de una hora. La bibliografía del capítulo recoge el libro de Moorey y Greer (1989) sobre esta terapia.

1 La Guía trata los trastornos cardiovasculares en otro capítulo; la TPA aparece en el dedicado al cáncer.

2 La infección por VIH tiene también su propio capítulo en la Guía, y la TPA se presenta en el de cáncer.

3 Es el programa para pacientes con cáncer que describe la Guía.

4 Los problemas renales no aparecen relacionados con este programa, pensado para pacientes oncológicos.

Ojo. La Base del tema D13, Amigo (2020), cap. 14, no menciona la TPA; se ha buscado en todo el libro descifrado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 2, pág. 67.

EN EL ATLAS

Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

73 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 4

¿En qué se diferencian el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático?:

1 En la intensidad subjetiva del acontecimiento traumático que los provoca.

2 En la posible presencia de síntomas disociativos en el trastorno por estrés agudo (flahsbacks), pero no en el trastorno por estrés postraumático.

3 En la posible presencia de síntomas disociativos en el trastorno por estrés postraumático (flashbacks), pero no en el trastorno por estrés agudo.

4 En la duración de los síntomas. ✓

El trastorno de estrés agudo y el TEPT se distinguen por la duración de los síntomas

El DSM-5 distingue el **trastorno de estrés agudo** del **TEPT** por la **duración**. En el primero el patrón de síntomas se limita a un periodo de entre 3 días y 1 mes tras la exposición, y el TEPT exige que la alteración dure más de 1 mes. Los dos comparten el mismo tipo de suceso (criterio A) y pueden incluir síntomas disociativos, como las escenas retrospectivas o **flashbacks**, que figuran entre los síntomas de intrusión de ambos. Belloch, en su edición de 2020, señala la duración como diferencia principal, junto al mayor énfasis del estrés agudo en las reacciones disociativas.

1 El suceso que exige el criterio A es del mismo tipo en los dos trastornos. Además, desde el DSM-5 la reacción emocional al suceso ya no forma parte del criterio A.

2 Los flashbacks también aparecen en el TEPT, como reacciones disociativas del criterio B3.

3 Los flashbacks también forman parte del trastorno de estrés agudo, en su criterio B3.

4 Es la diferencia que señala el manual en el diagnóstico diferencial de ambos trastornos.

VENTANAS TEMPORALES DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS (DSM-5-TR)

Trastorno	Cuándo se diagnostica
Trastornos de adaptación	Se pueden presentar de inmediato y pueden persistir hasta 6 meses después de la exposición al evento traumático
Trastorno de estrés agudo	Solo puede ocurrir entre los 3 días y 1 mes de exposición al acontecimiento estresante
Trastorno de estrés postraumático	No se puede diagnosticar hasta que por lo menos ha pasado 1 mes desde la aparición del acontecimiento estresante traumático

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastornos de adaptación, diagnóstico diferencial, pág. 321

Ojo. En el DSM-IV el trastorno por estrés agudo duraba de 2 días a 4 semanas y exigía al menos tres síntomas disociativos (págs. 443-444). De ahí viene el énfasis en la disociación que todavía menciona Belloch.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son simétricas y se anulan entre sí. Cuando dos distractores reparten un rasgo que en realidad comparten ambos cuadros, ninguno suele ser la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 272 y 279; trastorno de estrés agudo, págs. 280-281. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés agudo, págs. 443-444. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 112.

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 2015 · n.º 186, PIR 2018 · n.º 114, PIR 2015 · n.º 229

74

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo) Anulada

Anulada

¿Qué tres conjuntos de síntomas conforman el diagnóstico (DSM-IV-TR y DSM-5) del trastorno de estrés postraumático?:

1. Una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.
2. Evitación, reexperimentación e hiperactivación.
3. Desrealización, despersonalización y amnesia disociativa.
4. Desrealización, despersonalización y embotamiento afectivo.

El TEPT pasó de tres a cuatro grupos de síntomas con el DSM-5

El Ministerio **anuló** la pregunta. En el DSM-IV el TEPT exigía tres conjuntos de síntomas: la **reexperimentación** (criterio B), la **evitación** con embotamiento de la reactividad (criterio C) y el aumento de la **activación** (criterio D), así que la opción 2 sería correcta para esa edición. El DSM-5 separa de la evitación las **alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo** y deja cuatro grupos (criterios B a E). Belloch lo explica así: son cuatro en lugar de los tres del DSM-IV-TR porque se ha subdividido el núcleo de evitación y embotamiento afectivo. Al preguntar por las dos ediciones a la vez, ninguna opción servía para ambas.

1. La visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro no forma un grupo de síntomas del TEPT. En el DSM-5 las creencias negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo son solo uno de los siete síntomas del criterio D.
2. Son los tres grupos del DSM-IV, pero el DSM-5 añade un cuarto, las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo.
3. Desrealización y despersonalización definen el especificador con síntomas disociativos del DSM-5, y la amnesia es un síntoma más. Ninguna de las tres es un grupo de síntomas del TEPT.
4. Desrealización y despersonalización forman el especificador disociativo, y el embotamiento formaba parte del criterio C del DSM-IV, junto a la evitación.

GRUPOS DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL DSM-IV

Criterio	Grupo de síntomas	Mínimo exigido
B	El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente	Una (o más) de las formas
C	Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo	Tres (o más) síntomas
D	Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal)	Dos (o más) síntomas
E	Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan	Más de 1 mes

Fuente: APA (1995), DSM-IV, trastorno por estrés postraumático, criterios, págs. 439-440

Ojo. El criterio H del TEPT (que la alteración no se deba a una sustancia o a otra afección médica) ya estaba en el DSM-5 de 2014 (pág. 272); el DSM-IV terminaba en el criterio F.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 112.

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 2015 · n.º 189, PIR 2022 · n.º 28, PIR 2014 · n.º 206

75 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes experiencias puede considerarse una compulsión según el DSM-IV-TR o DSM-5?:

1 Una duda repetitiva.

2 Intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos.

3 Determinados actos mentales repetitivos (p. ej. contar o repetir palabras en silencio). ✓

4 Un impulso persistente.

Contar o repetir palabras en silencio son compulsiones mentales

Desde el DSM-IV, las **compulsiones** pueden ser comportamientos o **actos mentales** repetitivos, como **rezar, contar o repetir palabras en silencio**, que la persona realiza para prevenir o reducir el malestar. El DSM-IV lo destacaba frente a la CIE-10, que separa obsesiones y compulsiones según sean pensamientos o actos: en el DSM puede haber compulsiones de tipo cognoscitivo. Las otras tres opciones son **obsesiones**. El propio DSM-IV pone como ejemplos de obsesión las dudas repetitivas, el intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos y los impulsos de carácter agresivo.

1 Las dudas repetitivas son uno de los ejemplos de obsesión que da el DSM-IV.

2 El intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos ilustra en el DSM-IV la obsesión por el orden.

3 Son los actos mentales que el criterio A incluye entre las compulsiones.

4 Los impulsos persistentes forman parte de la definición de obsesión, junto a pensamientos e imágenes.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 4 copian los ejemplos de obsesiones del DSM-IV.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 428-429 y 433. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 237.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 114, PIR 2017 · n.º 46, PIR 2017 · n.º 180, PIR 2017 · n.º 48

Respuesta correcta: 3

Para el diagnóstico de un trastorno obsesivo-compulsivo ¿qué especificación requiere la quinta edición (al igual que la anterior) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5):

1. Especificar si predominan las obsesiones o las compulsiones.
2. Especificar la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo comórbido.
3. Especificar el grado de introspección o conciencia de enfermedad. ✓
4. Especificar si las obsesiones son egodistónicas o egosintónicas.

El TOC se especifica según el grado de introspección o conciencia de enfermedad

El DSM-5 pide especificar en el TOC el **grado de introspección** sobre las creencias del trastorno: **buena o aceptable**, **poca**, o **ausente con creencias delirantes**. Unos pocos pacientes, el 4 % o menos, llegan a este último nivel, y una conciencia más pobre se asocia a peor evolución a largo plazo. El DSM-IV tenía un antecedente con un solo especificador, «con poca conciencia de enfermedad», para quien durante la mayor parte del episodio no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. El DSM-5 añade un especificador de tics que no aparece entre las opciones.

1. Ninguna de las dos ediciones pide especificar si predominan las obsesiones o las compulsiones.
2. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica aparte si se cumplen sus criterios, sin especificador en el TOC.
3. Es el especificador de introspección.
4. El DSM-IV llama egodistónicas a las obsesiones al definirlas, pero no lo convierte en especificador.

Ojo. El enunciado dice que la especificación se pide «al igual que» en la edición anterior. El DSM-IV solo tenía «con poca conciencia de enfermedad», sin grados (pág. 429), así que la equivalencia es aproximada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 237-238. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 428-429 y 434.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 156

77 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Con qué trastorno tiene la ansiedad generalizada una frecuente comorbilidad?:

1 Con los trastornos por consumo de sustancias.

2 Con los trastornos del neurodesarrollo.

3 Con la depresión. ✓

4 Con el trastorno de personalidad evitativa.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia sobre todo a la depresión unipolar

En el apartado de comorbilidad, el DSM-5 dice que quienes cumplen los criterios del **trastorno de ansiedad generalizada** probablemente han cumplido o cumplen los de **otro trastorno de ansiedad** y los de los **trastornos depresivos unipolares**. Explica ese patrón por el **neuroticismo** y por antecedentes temperamentales y factores de riesgo genéticos y ambientales comunes; un tercio del riesgo de sufrir el trastorno es genético y se comparte sobre todo con el trastorno depresivo mayor. En cambio, considera **menos común** la comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, de la conducta, psicóticos, del neurodesarrollo y neurocognitivos.

1. El manual considera menos común la comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, aunque en los varones la comorbilidad se extiende más a ellos.
2. Los trastornos del neurodesarrollo también aparecen entre las comorbilidades menos comunes.
3. La depresión unipolar es, con los demás trastornos de ansiedad, la comorbilidad frecuente.
4. El trastorno de la personalidad evitativa no figura en la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada; el manual lo relaciona con el trastorno de ansiedad social.

> **Trampa.** La personalidad evitativa es la comorbilidad típica del trastorno de ansiedad social, y aquí aparece como distractor para el de ansiedad generalizada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 224-226; trastorno de ansiedad social, págs. 207-208.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 116

78 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes síntomas no se asocian a la ansiedad y la preocupación presentes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (DSM-IV-TR y DSM-5):

1 Inquietud.

2 Facilidad para fatigarse.

3 Dolores de cabeza frecuentes. ✓

4 Sueño inquieto o insatisfactorio.

Los dolores de cabeza no están entre los seis síntomas del criterio C del trastorno de ansiedad generalizada

El **criterio C** del **trastorno de ansiedad generalizada** pide que la ansiedad y la preocupación se asocien a tres o más de seis síntomas (en los niños basta uno). Son la **inquietud** o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, la **facilidad para fatigarse**, la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, la irritabilidad, la tensión muscular y los **problemas de sueño**, entre ellos el sueño inquieto e insatisfactorio. Inquietud, fatiga y sueño inquieto están en la lista; los dolores de cabeza, no.

1 La inquietud es el primer síntoma del criterio C.

2 La facilidad para fatigarse es el segundo.

3 Los dolores de cabeza no forman parte del criterio C. El manual los cita entre las afecciones asociadas al estrés que acompañan con frecuencia al trastorno.

4 El sueño inquieto o insatisfactorio forma parte de los problemas de sueño del sexto síntoma.

Ojo. El enunciado pregunta qué síntoma no se asocia a la ansiedad y la preocupación, y el propio DSM-5 dice que los dolores de cabeza, como el síndrome del intestino irritable, acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada (pág. 223). La pregunta solo se sostiene si se lee como «no está entre los síntomas del criterio C», que es lo que pretendía.

Trampa. El criterio C del trastorno de ansiedad generalizada se ha preguntado casi igual en 2016, 2018, 2020 y 2022, con los dolores de cabeza o los síntomas del ataque de pánico como distractores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: 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 115, PIR 2020 · n.º 49, PIR 2022 · n.º 47

79 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Con qué trastorno de personalidad presenta una alta comorbilidad el trastorno de ansiedad social?:

1 Esquizoide.

2 Antisocial.

3 Evitativa. ✓

4 Dependiente.

El trastorno de ansiedad social se solapa sobre todo con el trastorno de la personalidad evitativa

En el diagnóstico diferencial, el DSM-5 señala que el trastorno de la personalidad que más se superpone con el **trastorno de ansiedad social** es el **trastorno de la personalidad evitativa**, que tiene un patrón de evitación más amplio. Aun así, el de ansiedad social presenta más **comorbilidad** con el evitativo que con cualquier otro trastorno de la personalidad, y el evitativo la presenta más con el de ansiedad social que con otros trastornos de ansiedad. El apartado de comorbilidad precisa que es la **forma más generalizada** del trastorno, y no la de solo actuación, la que suele acompañarse de personalidad evitativa.

1. En la personalidad esquizoide la evitación social se debe a una falta de interés por relacionarse con los demás, como ya recogía el diagnóstico diferencial del DSM-IV. No se describe como comorbilidad del trastorno de ansiedad social.
2. El DSM-5 no cita la personalidad antisocial entre las comorbilidades del trastorno de ansiedad social; para los varones menciona el trastorno negativista desafiante y el de conducta.
3. La personalidad evitativa es la que más se superpone y la que más comorbilidad presenta.
4. El DSM-5 cita la personalidad dependiente como comorbilidad destacada de la fobia específica. En el trastorno de ansiedad social destaca la evitativa.

Para fijarlo. Ansiedad social y personalidad evitativa, la pareja que más se solapa; la dependiente acompaña a la fobia específica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, págs. 206-208; fobia específica, pág. 202. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Fobia social, pág. 426.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 198

80

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes síntomas es más frecuente durante las crisis de angustia?:

1 Sudoración.

2 Palpitaciones. ✓

3 Miedo a volverse loco o perder el control.

4 Sensación de irrealidad.

Las palpitaciones son el síntoma más frecuente de los ataques de pánico

Belloch, Sandín y Ramos (2008) recogen el estudio de Rapee et al. (1992), que comparó los síntomas de personas con **trastorno de pánico** durante sus ataques con los de pacientes con otros trastornos de ansiedad ante las señales temidas. En la **figura 3.1** los síntomas aparecen ordenados según su frecuencia en el trastorno de pánico, y las **palpitaciones** encabezan la lista. El texto añade que palpitaciones, vértigos-inestabilidad-mareos y temblores son los **síntomas somáticos más frecuentes** durante los ataques, presentes en **más del 80 %** de los pacientes. Los síntomas cognitivos, como el miedo a volverse loco o perder el control, son más **específicos** del pánico.

1 La sudoración aparece en la figura por debajo de las palpitaciones, y casi en igual proporción en los pacientes con otros trastornos de ansiedad.

2 Encabeza la lista de la figura 3.1 y figura entre los síntomas presentes en más del 80 % de los pacientes.

3 El miedo a volverse loco o perder el control es de los síntomas más específicos del ataque de pánico, pero en la figura queda por detrás de las palpitaciones, los vértigos y los temblores.

4 La sensación de irrealidad es específica del pánico, pero menos frecuente que las palpitaciones.

Ojo. El dato de frecuencia está en la 2.ª edición (2008), vol. II, págs. 69-70, que no es fuente del tema B11. La 3.ª edición (2020), Base del tema, enumera los síntomas del ataque de pánico y su estructura factorial (tabla 2.5, pág. 47), sin ordenarlos por frecuencia. Los porcentajes de la figura 3.1 solo se leen en la imagen.

Trampa. Frecuente y específico son cosas distintas: los síntomas cognitivos distinguen el pánico de otros trastornos de ansiedad, pero los somáticos son los que más aparecen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 3, págs. 69-70 y figura 3.1. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 47 y tabla 2.5.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

81

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes situaciones NO puede ser considerada como un estímulo fóbico para el diagnóstico de una fobia específica?:

1. Procedimientos médicos invasivos.
2. Situaciones que pueden derivar en vómitos.
3. Situaciones de miedo a ambientes o entornos naturales (alturas, tormentas, agua).
4. La separación de las figuras de apego. ✓

La separación de las figuras de apego corresponde a la ansiedad por separación y no puede ser el estímulo de una fobia específica

El DSM-5 clasifica los estímulos de la **fobia específica** en cinco tipos: animal, **entorno natural** (alturas, tormentas, agua), **sangre-inyección-herida** (agujas, procedimientos médicos invasivos), situacional y «otra», que incluye las situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos. El **criterio G** exige que la alteración no se explique mejor por otro trastorno mental, y uno de sus ejemplos es el miedo a dejar el hogar o a separarse de las figuras de apego, propio del trastorno de ansiedad por separación. Por eso la separación no puede ser el estímulo fóbico de una fobia específica.

1. Los procedimientos médicos invasivos son un ejemplo del tipo sangre-inyección-herida.
2. Las situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos son el ejemplo del tipo «otra».
3. Alturas, tormentas y agua son los ejemplos del tipo entorno natural.
4. El miedo a separarse de las figuras de apego lo excluye el criterio G, porque corresponde al trastorno de ansiedad por separación.

TIPOS DE FOBIA ESPECÍFICA EN EL DSM-5

Tipo	Ejemplos del manual
Animal	Arañas, insectos, perros
Entorno natural	Alturas, tormentas, agua
Sangre-inyección-herida	Agujas, procedimientos médicos invasivos
Situacional	Avión, ascensor, sitios cerrados
Otra	Situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, sonidos ruidosos o personajes disfrazados

Fuente: APA (2014), DSM-5, Fobia específica, pág. 198

Ojo. El DSM-5-TR llama «sangre-inyección-lesión» a este tipo en la lista de especificadores (pág. 224), aunque en el texto sigue hablando de sangre-inyecciones-heridas (pág. 226).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, págs. 197-198 y 201.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 58

82

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se conceptualiza el Trastorno de Aversión al sexo en las clasificaciones diagnósticas (DSM-IV-TR o DSM-5)?:

1. Como un trastorno fóbico.
2. Como un trastorno del deseo sexual. ✓
3. Como un trastorno de la excitación sexual.
4. Como un trastorno parafílico.

En el DSM-IV la aversión al sexo era un trastorno del deseo sexual

El DSM-IV incluía el **trastorno por aversión al sexo** entre los **trastornos del deseo sexual**, junto al deseo sexual hipoactivo, y lo definía por la aversión extrema y la evitación activa del contacto sexual genital con una pareja. El DSM-5 **elimina** el diagnóstico por su uso poco frecuente y la falta de apoyo de la investigación. Un caso así se registraría como **otra disfunción sexual especificada**, seguida del motivo («aversión sexual»). Por eso, de las cuatro opciones, solo la 2 se apoya en alguna de las dos clasificaciones.

1. El DSM-IV advertía que, aunque la aversión sexual pudiera cumplir técnicamente los criterios de fobia específica, no debía hacerse ese diagnóstico adicional.
2. Es su ubicación en el DSM-IV, dentro de los trastornos del deseo.
3. Los trastornos de la excitación del DSM-IV eran el de la excitación sexual en la mujer y el de la erección en el varón.
4. Los trastornos parafílicos implican impulsos, fantasías o comportamientos sexuales con objetos, actividades o situaciones poco habituales, algo ajeno a la aversión.

Ojo. El enunciado pregunta por el DSM-IV-TR o el DSM-5, pero en el DSM-5 la aversión al sexo ya no es un trastorno propio. La clave solo se sostiene con la clasificación del DSM-IV.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales y de la identidad sexual, págs. 505 y 511. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Otra disfunción sexual especificada, pág. 450; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 814.

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 202, PIR 2020 · n.º 77, PIR 2022 · n.º 49

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el trastorno de personalidad clasificado como tal en el (DSM-IV-TR) que no aparece en la sección de trastornos de personalidad en el CIE-10?:

1. Esquizotípico. ✓
2. Esquizoide.
3. Histriónico.
4. Paranoide.

La CIE-10 coloca el trastorno esquizotípico junto a la esquizofrenia y lo saca de los trastornos de la personalidad

El DSM-IV incluía el **trastorno esquizotípico** entre los trastornos de la personalidad del grupo A. La **CIE-10** no lo considera un verdadero trastorno de la personalidad y lo sitúa en la sección de **esquizofrenia**, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Lo dice el propio DSM-IV al compararse con la CIE-10, y Belloch lo recoge en su tabla comparativa. Desde el DSM-5, el trastorno se describe en el capítulo de personalidad y se menciona también en el del **espectro de la esquizofrenia**.

1. La CIE-10 lo saca de los trastornos de la personalidad y lo coloca con la esquizofrenia.
2. El esquizoide figura entre los trastornos específicos de la personalidad de la CIE-10 (F60.1).
3. El histriónico también está entre los trastornos específicos de la personalidad de la CIE-10.
4. El paranoide abre la lista de trastornos específicos de la personalidad de la CIE-10.

Ojo. El narcisista tampoco figura entre los trastornos específicos de la personalidad de la CIE-10, que lo relega a «otros trastornos específicos de la personalidad». No aparece entre las opciones, pero es la otra diferencia que conviene recordar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno esquizotípico de la personalidad, pág. 661. 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. 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 15.2, pág. 431. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Espectro de la esquizofrenia, pág. 90.

EN EL ATLAS Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 111, PIR 2016 · n.º 119

84

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la característica definitoria del vaginismo?:

1. Dolor genital que se da en la mujer tras la relación sexual.
2. Espasmos en la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren con el coito. ✓
3. Fallo parcial o completo en la obtención o mantenimiento de la respuesta de tumefacción y lubricación vaginal.
4. Ausencia o retraso del orgasmo en la mujer durante la actividad sexual.

El vaginismo se define por espasmos de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren el coito

El DSM-IV definía el **vaginismo** por la contracción involuntaria, recurrente o persistente, de los **músculos perineales del tercio externo de la vagina** frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos, que **interfiere el coito**. Belloch lo describe igual y añade que es un trastorno únicamente femenino. El deseo, el placer y la capacidad orgásmica pueden estar conservados. El dolor genital asociado a la relación sexual se diagnosticaba como **dispareunia**, y en el DSM-5 los dos se funden en el **trastorno de dolor genitopélvico/penetración**.

1. El dolor genital asociado a la relación sexual define la dispareunia, que en el DSM-IV podía darse en varones y mujeres.
2. Es la característica definitoria del vaginismo.
3. El fallo para obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación vaginal es el trastorno de la excitación sexual en la mujer.
4. La ausencia o el retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal es la disfunción orgásmica femenina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales, dispareunia y vaginismo, págs. 526-528. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 318, 322-323 y 325.

EN EL ATLAS Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 74, PIR 2018 · n.º 107

85 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de depresión de Beck ¿cuál es el elemento central en la explicación de la depresión?:

1 Los errores o distorsiones cognitivas. ✓

2 Las atribuciones internas, globales y estables para acontecimientos negativos.

3 Un bajo nivel de emociones positivas y elevado de emociones negativas.

4 El estilo rumiativo de respuesta ante la depresión.

Para Beck, la depresión se explica por un procesamiento distorsionado de la información

Belloch, Sandín y Ramos (2008) sitúan la premisa básica de la **teoría cognitiva de Beck** en que en los trastornos depresivos existe una **distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información**. La edición de 2020 lo desarrolla. Los **esquemas depresógenos**, con sus actitudes disfuncionales, actúan como filtros que producen **errores cognitivos** sistemáticos, como la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva o la sobregeneralización. De ellos resulta la **tríada cognitiva negativa** sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que sería la causa próxima del resto de síntomas. Las atribuciones internas, globales y estables pertenecen a otra teoría.

1 Es la premisa básica de la teoría de Beck: el sesgo sistemático o distorsión en el procesamiento de la información.

2 Atribuir los acontecimientos negativos a causas internas, estables y globales es el estilo atribucional depresivo de la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson et al. (1978).

3 El bajo afecto positivo, específico de la depresión, y el afecto negativo elevado, común con la ansiedad, son elementos del modelo tripartito de Clark y Watson (1991).

4 El estilo rumiativo de respuesta pertenece a la teoría de Nolen-Hoeksema, que explica el mantenimiento o la exacerbación de los síntomas depresivos.

Trampa. Cada distractor es el elemento central de otra teoría de la depresión.

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. 216-218; cap. 1, pág. 12. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 276.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Belloch 2008 (Ampliación).

86

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

¿Qué es la ciclotimia o trastorno ciclotímico?:

1 Un trastorno en el que aparecen períodos con episodios maniacos y períodos con episodios depresivos.

2 Un trastorno en el que aparecen períodos con síntomas maniacos que no cumplen criterios para un episodio maníaco y períodos con episodios de depresión mayor.

3 Un trastorno en el que aparecen períodos con episodios hipo maniacos y períodos con episodios de depresión mayor.

4 Un trastorno en el que aparecen períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen criterios para un episodio hipomaniaco y períodos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para un episodio de depresión mayor. ✓

La ciclotimia alterna síntomas hipomaníacos y depresivos que no llegan a cumplir los criterios de episodio

El criterio A del **trastorno ciclotímico** exige que durante **2 años** como mínimo (un año en niños y adolescentes) haya habido **numerosos períodos con síntomas hipomaníacos** que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y **numerosos períodos con síntomas depresivos** que no cumplen los de un episodio de depresión mayor. El criterio C lo remata, porque **nunca se han cumplido** los criterios de un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco. Si aparece cualquiera de esos episodios completos, el diagnóstico cambia.

1 Con episodios maníacos el diagnóstico sería trastorno bipolar I.

2 Los episodios de depresión mayor excluyen la ciclotimia por el criterio C.

3 Episodios hipomaníacos y de depresión mayor definen el trastorno bipolar II.

4 Es el criterio A del DSM-5.

Trampa. Las cuatro opciones combinan dos palabras, episodio y síntomas. Solo la ciclotimia se queda en síntomas por los dos lados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno ciclotímico, pág. 139.

EN EL ATLAS: Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 106, PIR 2022 · n.º 40

87 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

¿Qué trastorno de la personalidad incluye como criterio manifestar una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante?:

1 El trastorno histriónico de la personalidad. ✓

2 El trastorno límite de la personalidad.

3 Tanto el trastorno narcisista como el límite de la personalidad.

4 El trastorno de personalidad por dependencia.

La expresión emocional superficial y rápidamente cambiante es un criterio del trastorno histriónico

El **criterio 3** del trastorno histriónico de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad histriónica**, es en el DSM-IV mostrar una **expresión emocional superficial y rápidamente cambiante**. El texto añade que sus emociones parecen encenderse y apagarse con demasiada rapidez para ser profundas, lo que lleva a los demás a acusarles de fingir. La CIE-10 recoge el mismo rasgo como **afectividad lábil y superficial**. El trastorno límite tiene inestabilidad afectiva, pero su criterio la atribuye a una notable reactividad del estado de ánimo.

1 Es el criterio 3 del histriónico.

2 El límite tiene inestabilidad afectiva por una notable reactividad del estado de ánimo (criterio 6), con episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas.

3 El narcisista se distingue del histriónico, entre otras cosas, por una falta relativa de demostraciones emocionales.

4 El dependiente depende en exceso de los elogios y consejos, pero sin las características extravagantes, exageradas y emocionales del histriónico.

Ojo. En la traducción española del DSM-5 y del DSM-5-TR, el criterio 3 dice «presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones», mientras que el texto explica que la expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante. Conviene reconocer el criterio con las dos formulaciones.

Trampa. La inestabilidad afectiva del límite tienta en la opción 2; en el histriónico la emoción es superficial, y en el límite son episodios intensos de disforia reactivos al estado de ánimo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno histriónico de la personalidad, págs. 671-674; trastorno narcisista de la personalidad, pág. 677. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, tabla 16.1, pág. 455.

EN EL ATLAS

Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

88 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

La propensión que tiene una sustancia psicoactiva de producir dependencia en aquellos que la consumen, se conoce como:

1 Dependencia de una sustancia psicoactiva.

2 Trastorno por consumo de sustancias.

3 Potencial adictivo de una droga. ✓

4 Tolerancia cruzada.

El potencial adictivo es la propensión de una sustancia a producir dependencia

Caballo, Salazar y Carrobles definen el **potencial adictivo** de una droga como la **propensión que tiene una sustancia de producir dependencia** en aquellos que la usan. Lo ilustran con las drogas legales: el tabaco tiene un alto poder adictivo, porque el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación salvo raras excepciones, mientras que la mayor parte de los consumidores de alcohol son bebedores sociales que controlan su consumo. La **dependencia**, el **trastorno por consumo** y la **tolerancia cruzada** describen, en cambio, estados o fenómenos de la persona que consume.

1 La dependencia es un estado de la persona; el manual distingue la física, con tolerancia y síndrome de abstinencia, y la psíquica.

2 El trastorno por consumo de sustancias es la categoría diagnóstica del DSM-5-TR, con once criterios y tres niveles de gravedad.

3 Es la definición del manual.

4 La tolerancia cruzada se da cuando la persona tolerante a una droga se hace tolerante a los efectos de otra de acción semejante, como el alcohol respecto a los barbitúricos.

Ojo. La Base del tema, Belloch (2020), no define el potencial adictivo; la definición está en Caballo (2024), Consulta del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 19, págs. 609-610. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 490.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

89 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes factores hace que una situación sea más estresante?:

1 El hecho de que sea impredecible. ✓

2 El hecho de que sea controlable.

3 El hecho de que afecte específicamente al ámbito laboral.

4 El hecho de que se produzca durante la adolescencia.

La impredecibilidad hace que una situación resulte más estresante

Amigo dedica un apartado a lo que hace estresante una situación. Pese a la gran variabilidad individual, se han constatado características comunes: la **impredecibilidad** y la **incontrolabilidad** de los acontecimientos, los **eventos vitales estresantes** y el **modo de afrontar** la situación. La **incapacidad para predecir** los eventos estresantes hace que lo sean mucho más. Seligman observó úlceras en ratas cuya señal no predecía la comida, y durante la Segunda Guerra Mundial las úlceras aumentaron más en las afueras de Londres, con bombardeos esporádicos, que en la ciudad, con bombardeos casi regulares. Los acontecimientos **controlables**, en cambio, resultan menos estresantes.

1 Es la primera de las características comunes que describe el manual.

2 La capacidad de control reduce la experiencia subjetiva de estrés y modifica la reactividad psicofisiológica; lo que agrava el estrés es la incontrolabilidad.

3 El manual relaciona el control con el estrés laboral, pero el ámbito laboral no figura entre las características comunes de las situaciones estresantes.

4 La adolescencia no figura entre las características comunes de las situaciones estresantes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdos. 4.1-4.2, PDF págs. 224-225 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen).

EN EL ATLAS

Tema B9 · Estrés. Se estudia con Amigo (Consulta).

90 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes drogas su consumo nunca produce por ella misma síntomas psicóticos?:

1 El cannabis.

2 Los inhalantes.

3 El tabaco. ✓

4 Los alucinógenos.

El tabaco no figura entre las sustancias que inducen trastornos psicóticos

La **tabla 1** del DSM-5-TR muestra los **diagnósticos asociados a cada clase de sustancia**. En la columna de **trastornos psicóticos** figuran el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes y otras sustancias. El **tabaco** solo tiene trastorno por consumo y abstinencia, y la cafeína tampoco aparece en esa columna. El texto del **trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos** lo confirma: los trastornos psicóticos pueden asociarse a la intoxicación por alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, sedantes y estimulantes, y a la abstinencia de alcohol y sedantes.

1. El cannabis puede producir un trastorno psicótico con inicio durante la intoxicación.
2. Los inhalantes figuran entre las sustancias cuya intoxicación puede asociarse a trastornos psicóticos.
3. Es la única de las cuatro sin trastorno psicótico en la tabla del DSM-5-TR.
4. Los alucinógenos, como la fenciclidina, también pueden producirlos durante la intoxicación.

Ojo. En la tabla 1 de la edición española del corpus la primera fila aparece rotulada «Opioides», igual que otra más abajo; por su contenido parece corresponder al alcohol, que el texto (pág. 129) incluye entre las sustancias que pueden producir psicosis en la intoxicación y en la abstinencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, pág. 129; trastornos relacionados con sustancias, tabla 1, pág. 545.

EN EL ATLAS

Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

91 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud

Respuesta correcta: 1

¿En qué nivel de la prevención nos situamos cuando hablamos de tomar medidas para que no llegue a aparecer la enfermedad en personas sanas?:

1 Prevención primaria. ✓

2 Prevención secundaria.

3 Prevención terciaria.

4 Prevención cuaternaria.

La prevención primaria evita que la enfermedad aparezca en personas sanas

Amigo recoge la clasificación de **Fielding**, comúnmente aceptada en las ciencias de la salud, que distingue tres tipos de prevención. La **prevención primaria** se refiere a las **medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas**. La **secundaria** comprende los esfuerzos para detener el progreso de la enfermedad una vez iniciada, y la **terciaria**, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica. Dentro de la primaria el manual distingue dos estrategias, la primera centrada en la modificación de hábitos insanos como el tabaco, el alcohol o la dieta.

1 Es la definición de prevención primaria del manual.

2 La secundaria busca detener el progreso de la enfermedad cuando ya se ha iniciado.

3 La terciaria comprende el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades con sintomatología clínica.

4 La clasificación de Fielding que recoge el manual tiene tres niveles; la prevención cuaternaria no aparece en ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 1, PDF pág. 26 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen).

EN EL ATLAS: Tema D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud. Se estudia con Amigo (Base).

92 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud

Respuesta correcta: 4

¿Qué modelo teórico en Psicología de la Salud defiende que los dos principales factores explicativos de las conductas de salud de un individuo son la percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad a la enfermedad y la severidad percibida de sus consecuencias?:

1 Teoría de Acción Razonada.

2 Modelo Transteórico.

3 Teoría del Aprendizaje Social.

4 Modelo de Creencias de Salud. ✓

La susceptibilidad y la severidad percibidas son los pilares del modelo de creencias sobre la salud

Amigo (2012) expone el **modelo de la creencia sobre la salud** de **Becker y Maiman** (1975). Las conductas de salud están más o menos racionalmente determinadas por la **vulnerabilidad percibida** respecto a lo amenazada que se encuentra la salud, y la disposición a adoptarlas depende de dos factores: la **susceptibilidad personal** percibida a la enfermedad y la **severidad percibida** de sus consecuencias. La decisión de actuar depende además del balance coste/beneficio y de ciertas claves que pueden disparar la conducta. La edición de 2020 enumera siete factores, entre ellos la susceptibilidad y la severidad.

1 La teoría de la conducta planeada, desarrollo de la de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, pone el determinante inmediato de la conducta en la intención.

2 El manual atribuye la susceptibilidad y la severidad percibidas al modelo de la creencia sobre la salud y a la teoría de la motivación para la protección; el modelo transteórico no aparece en esa exposición.

3 Amigo (2012) contrapone a este modelo la teoría del aprendizaje aplicada a la salud, según la cual los hábitos son conductas aprendidas y reguladas por las leyes del aprendizaje.

4 Es el modelo de Becker y Maiman.

Ojo. La 4.ª edición de Amigo (2020), Base del tema, describe el modelo con siete factores (susceptibilidad, severidad, coste, beneficios, claves para actuar, motivación para la salud y control percibido); la formulación de dos factores del enunciado es la de la edición de 2012 (pág. 36).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Cap. 2, pág. 36. Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1-4.3, PDF págs. 36-39 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen).

EN EL ATLAS: Tema D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 102, PIR 2025 · n.º 89

93 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

1 Las pesadillas se producen en la segunda mitad de la noche, en la fase REM. ✓

2 Durante la pesadilla aumenta la actividad epileptiforme.

3 Los terrores nocturnos suelen aparecer en el último tercio de la noche, en el sueño MOR (REM).

4 Tras un terror nocturno, el niño recuerda el episodio con claridad.

Las pesadillas aparecen en la segunda mitad de la noche, durante el sueño REM

Las pesadillas aparecen **casi exclusivamente durante el sueño REM**. Como los periodos REM se alargan y la ensoñación es más intensa al avanzar la noche, son más probables en la **segunda mitad** del periodo principal de sueño. Los terrores nocturnos siguen el patrón contrario: surgen en el **primer tercio de la noche**, desde el sueño NREM profundo, y dejan amnesia o, como mucho, imágenes sueltas. El DSM-5-TR resume la diferencia en el diagnóstico diferencial del trastorno de pesadillas (tabla).

1 Es la descripción del DSM y de Belloch.

2 Durante la pesadilla lo que se registra es un despertar brusco del sueño REM. La actividad epileptiforme corresponde a las crisis comiciales nocturnas, que el DSM-5-TR trata como diagnóstico diferencial.

3 Los terrores nocturnos aparecen en el primer tercio de la noche y durante el sueño NREM profundo. Esta opción les atribuye el momento y la fase de las pesadillas.

4 Tras un terror nocturno el niño suele no recordar nada o solo imágenes sueltas. El recuerdo claro y detallado es propio de las pesadillas.

TRASTORNO DE PESADILLAS FRENTE A TERRORES NOCTURNOS

Rasgo	Pesadillas	Terrores nocturnos
Cuándo ocurren	Típicamente al final de la noche	Típicamente en el primer tercio de la noche
Fase	Sueño REM	Sueño NREM profundo (especialmente fase 3 del sueño, llamada ahora sueño N3)
Recuerdo	Sueños vívidos, narrativos, que se recuerdan con claridad	Falta de recuerdo del sueño o imágenes sin la cualidad de una historia elaborada
Despertar	Despertares completos	Despertares parciales con confusión, desorientación y reactividad solo parcial
Activación autonómica	Ligera	A menudo considerable

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de pesadillas, diagnóstico diferencial, pág. 460

Para fijarlo. Terror temprano y sin historia; pesadilla tardía y con argumento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, pesadillas y terrores nocturnos, págs. 595-597 y 599. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 302.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 71, PIR 2014 · n.º 157, PIR 2019 · n.º 112, PIR 2017 · n.º 69

94 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 1

Según el mecanismo del Síndrome General de Adaptación (SGA) propuesto por Selye ¿qué fenómeno se produce en una primera etapa como respuesta al estrés?:

1 Una descarga de adrenalina y corticotrofina en los primeros segundos o minutos. ✓

2 Una lenta pero progresiva descarga de norepinefrina y corticoides.

3 Un bloqueo del sistema simpático, mientras el estresor se encuentra presente y/o hasta pasar a la segunda etapa.

4 Una brusca caída de los índices de noradrenalina, que volverán a recuperarse en una segunda etapa.

En la fase de choque del SGA empieza la descarga de adrenalina, ACTH y corticoides

Belloch, Sandín y Ramos exponen el **síndrome general de adaptación** (SGA) de **Selye** con tres etapas. La primera, la **reacción de alarma**, es la respuesta del organismo expuesto repentinamente a estímulos a los que no está adaptado, y tiene dos fases. En la **fase de choque**, reacción inicial e inmediata al agente nocivo, aparecen taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea; la **descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides** son reacciones primarias de defensa que empiezan en esta fase. En la de contrachoque se agranda la corteza suprarrenal. Siguen las etapas de resistencia y de agotamiento.

1 Coincide con la fase de choque, reacción inicial e inmediata en la que empiezan esas descargas.

2 El manual describe una reacción inicial e inmediata, y no una descarga lenta y progresiva.

3 La fase de choque cursa con taquicardia y descarga de adrenalina, algo difícil de casar con un bloqueo del sistema simpático.

4 El manual no describe ninguna caída brusca de la noradrenalina en la primera etapa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 373-374 (figura 12.2).

EN EL ATLAS: Tema B9 · Estrés. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

95 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la dieta y el peso resulta FALSA?:

1. El sobrepeso grado I (IMC entre 25 y 26,9) supone un peligro significativo para la salud. ✓
2. La obesidad que supone la acumulación de grasa en el abdomen es mucho más peligrosa para la salud que la que supone un incremento de grasa en las caderas.
3. Los cambios cíclicos de peso como consecuencia de someterse a dietas hipocalóricas restrictivas son mucho más peligrosos que un sobrepeso grado I.
4. Los hombres tienen una mayor tendencia a acumular grasa en el abdomen y las mujeres, en las caderas.

El sobrepeso de grado I no supone un riesgo significativo para la salud

Amigo recoge en la **tabla 3.6** los niveles de peso y su riesgo para la salud según el **índice de masa corporal**. El **sobrepeso de grado I** (IMC 25-26,9) tiene un nivel de riesgo **nulo**, igual que el peso normal, así que la afirmación 1 es la falsa. El manual añade que la mortalidad incluso parece algo menor en ese rango que en el de peso normal. El riesgo depende también de la **distribución de la grasa**, porque la acumulada en el abdomen se asocia a más enfermedades que la de caderas y muslos, y del **efecto yoyó**, ya que la fluctuación en el peso conlleva más riesgo que el sobrepeso en sí.

1. Es la afirmación falsa, porque el sobrepeso de grado I tiene un nivel de riesgo nulo en la tabla 3.6.
2. Es verdadera, porque quienes acumulan grasa en el abdomen muestran mayor propensión a hipertensión, dislipemias o diabetes que quienes la acumulan en caderas y muslos.
3. Es verdadera; el manual recoge que la fluctuación en el peso conlleva más riesgo que el sobrepeso en sí.
4. Es verdadera, ya que los hombres acumulan con más frecuencia grasa en el abdomen (obesidad androide) y las mujeres, en caderas y muslos (obesidad ginoide).

TABLA 3.6. NIVELES DE PESO Y SU RIESGO PARA LA SALUD

IMC	Clase de peso	Nivel de riesgo
18,5-24,9	Peso normal	Nulo.
25-26,9	Sobrepeso grado I	Nulo.
27-29,9	Sobrepeso grado II	Ligero.
30-34,9	Obesidad grado I	Moderado.
35-39,9	Obesidad grado II	Elevado.
>40	Obesidad mórbida	Muy elevado.

Fuente: Amigo (2020), cap. 3, apdo. 4.1, tabla 3.6 (PDF pág. 79)

Trampa. La pregunta pide la afirmación FALSA.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 4.1-4.3 y tabla 3.6, PDF págs. 79-82 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen).

EN EL ATLAS: Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

96 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D7 · Apoyo social y salud

Respuesta correcta: 3

Los estudios sobre las relaciones entre estrés y salud consideran que la variable de apoyo social:

1 Muestra que las relaciones con la salud son exclusivamente de tipo indirecto, al actuar como moduladora del estrés.

2 No existe evidencia clara de un posible efecto directo del apoyo social sobre la salud.

3 Se han descrito relaciones, tanto indirectas como directas, entre apoyo social y salud. ✓

4 Hasta el momento, se han encontrado evidencias que relacionan la salud con el apoyo real pero no con el apoyo percibido.

El apoyo social se relaciona con la salud de forma directa e indirecta

Amigo explica que muchas investigaciones se han preguntado si la red social protege la salud porque **atenúa el impacto del estrés** (**hipótesis de la amortiguación**) o porque es **beneficiosa al margen del estrés** (**hipótesis del efecto directo**). El efecto amortiguador se ha observado sobre todo con el **apoyo funcional**, y los estudios con medidas de trato social o apoyo estructural muestran que una elevada integración social se asocia a menor mortalidad. La edición de 2012 concluye que los datos han subrayado la utilidad de ambas hipótesis. Hay, por tanto, relaciones indirectas y directas.

1 Además de las relaciones indirectas, se ha descrito un efecto directo del trato social sobre la mortalidad.

2 La hipótesis del efecto directo tiene apoyo en los estudios sobre integración social y mortalidad.

3 Coincide con el manual, que describe los dos tipos de relación.

4 El manual relaciona con la salud el apoyo percibido, porque la disponibilidad percibida de apoyo ante un evento estresante favorece una evaluación más benigna de la situación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdos. 3-3.2, PDF págs. 190-191 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Cap. 7, pág. 128.

EN EL ATLAS: Tema D7 · Apoyo social y salud. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 111

97 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 4

Hablamos de Trastorno de Estrés Postraumático diferido cuando los síntomas aparecen:

1 Después de un mes del hecho traumático.

2 Dentro de los tres meses posteriores al suceso traumático.

3 Entre tres y cinco meses después del hecho traumático.

4 Después de seis meses, incluso varios años más tarde. ✓

El TEPT diferido empieza al menos seis meses después del trauma

El DSM-IV llamaba **de inicio demorado** al TEPT en el que, entre el acontecimiento traumático y el **inicio de los síntomas**, han pasado como mínimo **6 meses**. Belloch lo describe igual y recuerda que el comienzo diferido puede darse incluso 10 o 15 años después del suceso. El mismo manual distinguía otros dos especificadores por duración: **agudo**, si los síntomas duran menos de 3 meses, y **crónico**, si duran 3 meses o más. La opción 4 es la única que sitúa el comienzo a partir de los seis meses.

1 Más de un mes es la duración mínima que exige cualquier TEPT (criterio E del DSM-IV). El comienzo diferido pide mucho más tiempo.

2 Lo habitual es que los síntomas aparezcan en los primeros 3 meses tras el trauma, y una duración inferior a 3 meses define el TEPT agudo.

3 Entre tres y cinco meses no corresponde a ningún especificador; el umbral del comienzo diferido son seis meses.

4 Es la definición del DSM-IV, y Belloch añade que puede darse años después.

ESPECIFICADORES DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL DSM-IV

Especificador	Definición
Agudo	Si los síntomas duran menos de 3 meses
Crónico	Si los síntomas duran 3 meses o más
De inicio demorado	Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Fuente: APA (1995), DSM-IV, trastorno por estrés postraumático, criterios, pág. 440

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés postraumático, págs. 436-437 y 440. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 142.

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 2019 · n.º 132

Respuesta correcta: 1

¿Qué dolor de cabeza es el más frecuente y no suele acompañarse de náuseas?:

1 La cefalea tensional. ✓

2 La migraña con aura.

3 La migraña sin aura.

4 La cefalea por sobreabuso de medicación.

La cefalea tensional es la más frecuente y no se acompaña de náuseas

Amigo indica que la **cefalea tensional** representa alrededor del **80 %** de los casos de dolor de cabeza funcional. Se caracteriza por un dolor **opresivo o tirante**, de ligera o moderada intensidad, de localización **bilateral** y que no empeora con la actividad física rutinaria; **no se acompaña de náuseas**, aunque puede presentarse con fotofobia o fonofobia. La **migraña**, con o sin aura, cursa con un dolor unilateral y pulsátil que se agrava con la actividad física. En la migraña sin aura, el episodio se acompaña de náuseas y/o vómitos o de fotofobia y fonofobia.

1. Es la descripción de la cefalea tensional del manual.
2. La migraña con aura es menos frecuente que la tensional; el aura, con síntomas visuales o sensoriales reversibles, precede a un dolor pulsátil y unilateral.
3. La migraña sin aura incluye entre sus criterios náuseas y/o vómitos o fotofobia y fonofobia, y es menos frecuente que la tensional.
4. La cefalea por sobreabuso de medicación, antes llamada de rebote, se refiere a cuadros de cefalea, migrañosa o tensional, que se agravan por el uso indebido de fármacos paliativos; la tensional se asocia en menor medida con ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, apdos. 2.1-2.3 y tablas 11.1-11.3, PDF págs. 284-287 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado y la imagen).

EN EL ATLAS: Tema D11 · Cefaleas. Se estudia con Amigo (Base).

99 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

El “craving” es un concepto que se usa en el diagnóstico de:

1 La esquizofrenia.

2 Los trastornos del espectro autista.

3 Los trastornos relacionados con sustancias. ✓

4 Los trastornos de la alimentación.

El craving entra en el DSM-5 como criterio del trastorno por consumo de sustancias

El **craving**, o deseo intenso de consumo, es un concepto de los **trastornos relacionados con sustancias**. El DSM-IV no lo incluía en los criterios de la dependencia, aunque reconocía que la «necesidad irresistible» de consumo se observa en la mayoría de los pacientes dependientes. El DSM-5 lo **añade como criterio** del trastorno por consumo de sustancias (ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir) y suprime el de los problemas legales recurrentes. El manual lo atribuye al **condicionamiento clásico** y a la activación de estructuras del sistema de recompensa.

1. El craving no forma parte de los criterios de la esquizofrenia; es un concepto propio de los trastornos relacionados con sustancias.
2. Tampoco figura en los criterios de los trastornos del espectro autista.
3. Es un criterio del trastorno por consumo de sustancias desde el DSM-5.
4. El DSM-5-TR reconoce que algunas personas con trastornos de la conducta alimentaria refieren ansia y consumo compulsivo parecidos a los de las sustancias, pero el craving no está en sus criterios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos relacionados con sustancias, dependencia de sustancias, pág. 182. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, pág. 483; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 815.

EN EL ATLAS

Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

100

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿A qué enfermedad se suelen asociar las ideas delirantes religiosas y las alucinaciones olfativas como el olor a goma quemada?:

1 Demencia.

2 Enfermedad cerebrovascular.

3 Epilepsia del lóbulo temporal. ✓

4 Traumatismo craneoencefálico.

El olor a goma quemada y los delirios religiosos apuntan a la epilepsia del lóbulo temporal

El DSM-IV, al describir el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica**, señala que las **alucinaciones olfativas**, especialmente las que implican el **olor de goma quemada**, son muy sugerentes de **epilepsia del lóbulo temporal**, y que en algunos casos las **ideas delirantes religiosas** se asocian específicamente con ella. El DSM-5-TR mantiene que las alucinaciones olfatorias sugieren una epilepsia del lóbulo temporal. Belloch, Sandín y Ramos sitúan las alucinaciones olfativas en el **aura** epiléptica y en lesiones del uncus del lóbulo temporal, y su tabla 6.4 las da como frecuentes en esta epilepsia.

1 Ninguna de las fuentes citadas asocia esta combinación de síntomas con la demencia.

2 Las fuentes vinculan esta combinación con la epilepsia del lóbulo temporal, no con la enfermedad cerebrovascular.

3 Es la asociación que recogen el DSM-IV y, para las alucinaciones olfativas, el DSM-5-TR y Belloch.

4 El traumatismo craneoencefálico no aparece asociado a las alucinaciones olfativas ni a las ideas delirantes religiosas en estas fuentes.

Ojo. La formulación literal (goma quemada e ideas delirantes religiosas) es del DSM-IV; el DSM-5-TR solo conserva la relación entre las alucinaciones olfatorias y la epilepsia del lóbulo temporal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno psicótico debido a enfermedad médica, pág. 314. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno psicótico debido a otra afección médica, pág. 132. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.4, pág. 159; pág. 162.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 145

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes puede considerarse un problema o trastorno extrínseco del sueño?:

1. Higiene inadecuada del sueño. ✓
2. Trastorno del sueño por rotación de turnos de trabajo.
3. Patrón irregular de vigilia-sueño.
4. Narcolepsia.

La higiene inadecuada del sueño es un trastorno extrínseco del sueño

La clasificación de los trastornos del sueño que recoge Belloch (Buela-Casal y Caballo, 1991) divide las **disomnias** en tres grupos: trastornos intrínsecos, trastornos extrínsecos y trastornos relacionados con el **ritmo circadiano**. Entre los **trastornos extrínsecos del sueño** figura en primer lugar la **higiene inadecuada del sueño**, junto al trastorno ambiental del sueño, el insomnio de altura, el síndrome del comer (beber) nocturnos o los trastornos del sueño por dependencia de hipnóticos, de estimulantes o del alcohol. La rotación de turnos de trabajo y el patrón irregular de vigilia-sueño se clasifican con el ritmo circadiano, y la **narcolepsia**, con los trastornos intrínsecos.

1. La tabla 11.1 la sitúa en primer lugar entre los trastornos extrínsecos del sueño.
2. El trastorno del sueño por rotación de turnos de trabajo pertenece a los trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano.
3. El patrón irregular de vigilia-sueño figura también entre los trastornos relacionados con el ritmo circadiano.
4. La narcolepsia es un trastorno intrínseco del sueño, en el mismo grupo que el insomnio idiopático y la hipersomnia recurrente.

Ojo. La división en trastornos intrínsecos, extrínsecos y del ritmo circadiano procede de la clasificación de la ASDA, que reproducen Belloch 2008 (tabla 11.1, pág. 296) y Vallejo Ruiloba 2011 (tabla 48-1). La Base del tema, Belloch 2020 (cap. 17), sigue el DSM-5 y la ICSD-3 y no recoge esa división.

Trampa. Las opciones 2 y 3 también son disomnias, pero del grupo del ritmo circadiano, de modo que la pregunta obliga a distinguir los tres grupos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, tabla 11.1, pág. 296. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 48, tabla 48-1 (edición digital sin paginación impresa). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

102

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento · Anulada

Anulada

Los delirios parafrénicos entrarían dentro del grupo de los delirios:

1. Fantásticos.
2. Religiosos o místicos.
3. Nihilistas.
4. De control o de influencia.

Los delirios parafrénicos se incluyen entre los fantásticos, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Vallejo Ruiloba clasifica los delirios según su contenido y describe los **delirios fantásticos** como delirios físicamente imposibles, más propios de cuentos de hadas que de la vida real (extraterrestres, viajes astrales, etc.), y añade que los clásicos **delirios parafrénicos** entrarían en este grupo. Con este texto, la opción 1 es la que tiene apoyo en el corpus. Belloch no recoge un grupo de delirios fantásticos en su clasificación temática (tabla 8.6) y llama clásica **parafrenia** a la esquizofrenia de aparición tardía, con delirios más sistematizados sobre **asuntos domésticos**.

1. Vallejo Ruiloba incluye los clásicos delirios parafrénicos en el grupo de los delirios fantásticos.
2. Los delirios religiosos o místicos son de temática religiosa e incluyen el delirio mesiánico.
3. Los delirios nihilistas tienen contenidos de negación o inexistencia de uno mismo, de los demás o del mundo.
4. En los delirios de control o de influencia el paciente se siente bajo el control de una fuerza extraña o de alguna persona.

Ojo. La descripción de la parafrenia en Belloch (2020, vol. II, pág. 357), una esquizofrenia tardía con delirios sobre extraños en la casa o la vigilancia de los vecinos, encaja mal con la definición de delirio fantástico de Vallejo Ruiloba. El corpus no explica el motivo de la anulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45, págs. e-705 y e-706. 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. 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 A7 · Pensamiento. Se estudia con Vallejo Ruiloba (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

103

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes se considera un criterio diagnóstico del Trastorno Delirante?:

1. El trastorno se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
2. Pueden existir alucinaciones que no estén relacionadas con el tema delirante.
3. Excepto por el impacto del delirio(s), el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es raro ni extraño. ✓
4. Las ideas delirantes tienen una duración mínima de 6 meses.

En el trastorno delirante el funcionamiento no está muy alterado fuera del impacto del delirio

El criterio C del **trastorno delirante** dice que, aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, **el funcionamiento no está muy alterado** y el comportamiento **no es manifiestamente extravagante o extraño**. Los demás criterios descartan las otras opciones. Basta un delirio de **1 mes** o más (A); nunca se ha cumplido el criterio A de la esquizofrenia, y las alucinaciones, si existen, no son importantes y están **relacionadas con el tema delirante** (B), y el cuadro no puede atribuirse a una sustancia ni a otra afección médica (E).

1. El criterio E exige que el trastorno no pueda atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
2. La nota del criterio B dice que las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante, como la sensación de infestación en un delirio de infestación.
3. Es el criterio C.
4. Basta con que los delirios duren 1 mes o más. Seis meses es la duración mínima de la esquizofrenia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno delirante, pág. 90. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno delirante, criterios, pág. 308.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 119

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes opciones hace alusión, más propiamente, al desarrollo gradual de un sistema de pensamiento elaborado, intrincado y complejo basado en la mala interpretación de un hecho real?:

1 Parafrenia.

2 Neurosis.

3 Ilusión.

4 Paranoia. ✓

La paranoia es un sistema delirante elaborado que nace de la mala interpretación de un hecho real

En el glosario final del capítulo de las esquizofrenias, Belloch define la **paranoia** como una condición poco frecuente caracterizada por el **desarrollo gradual de un sistema de pensamiento elaborado, intrincado y complejo** basado en la **mala interpretación de un hecho real**, que suele derivarse de forma lógica a partir del suceso. Quien la padece suele considerarse investido de una capacidad única y superior y, aunque el curso es crónico, no parece interferir con el pensamiento y la personalidad. La 3.ª edición la relaciona con el **trastorno delirante**, de delirios con contenido plausible y tendencia a la constancia temática (paranoia clásica).

1 Belloch describe la parafrenia como una forma psicótica no afectiva y sin deterioro que incorporó Kraepelin, a caballo entre la esquizofrenia y el trastorno delirante.

2 En el glosario de Belloch, la neurosis es un trastorno definido por la teoría psicoanalítica, con síntomas que actúan como protectores contra la ansiedad inconsciente.

3 La ilusión es una distorsión perceptiva causada por la combinación de predisposición personal, ambigüedad del estímulo y situación, y se estudia en la psicopatología de la percepción.

4 Es la definición de paranoia que recoge el manual.

Trampa. Parafrenia y paranoia comparten la sistematización delirante; lo que define a la paranoia es su origen en un hecho real mal interpretado y que no interfiere con la personalidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13 (glosario de términos), pág. 392; cap. 2 (glosario de términos), pág. 61. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 346, 357 y 363. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 153.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

105

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la creencia de que uno mismo está muerto, vacío, sin vísceras y, por lo tanto, carece de cuerpo material?:

1 Síndrome de Ekbom.

2 Síndrome de Cotard. ✓

3 Delirio de infestación.

4 Delirio de posesión zoopática.

Creerse muerto, vacío y sin vísceras es el síndrome de Cotard

Vallejo Ruiloba incluye el **síndrome de Cotard** entre los **delirios nihilistas**, creencias referentes al cuerpo con contenidos de negación o inexistencia: la creencia de que uno mismo está muerto, vacío, sin vísceras y, por lo tanto, carece de cuerpo material. Son delirios propios de la **depresión delirante**, y más raros en otros trastornos psicóticos. Belloch reúne en un mismo epígrafe los delirios nihilistas, de negación o síndrome de Cotard, en los que el énfasis de la creencia está en la no existencia del cuerpo o de una parte de él. Las otras tres opciones nombran una misma entidad, el **delirio de infestación**.

1 El síndrome de Ekbom es otro nombre del delirio de infestación o de posesión zoopática.

2 Corresponde a la definición de Vallejo Ruiloba.

3 En el delirio de infestación la persona cree estar infectada por pequeños animales o parásitos, con picor o molestias difusas por el cuerpo.

4 La posesión zoopática es la misma creencia de estar infestado por animales.

Trampa. Tres opciones son sinónimos del mismo delirio somático, así que ninguna de ellas puede ser la única respuesta.

Para fijarlo. Cotard niega el cuerpo; Ekbom lo puebla de bichos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45, pág. e-705. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 259-260.

EN EL ATLAS

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

106

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

La narcolepsia se caracteriza por anormalidades en el sueño, entre las que se incluyen:

1 Delirios hipnopómpicos.

2 Manifestaciones patológicas del sueño no REM.

3 Disminución del número de despertares durante la noche.

4 Excesiva somnolencia diurna. ✓

La somnolencia diurna excesiva es el síntoma central de la narcolepsia

La narcolepsia se define por **ataques de sueño irresistibles** que aparecen a diario. El DSM-IV los pone como criterio A, y el DSM-5-TR conserva como criterio A los periodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir en un mismo día, al menos tres veces por semana durante 3 meses. A ellos se suman la **cataplejía** y las **intrusiones del sueño REM** en la transición sueño-vigilia: alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas y parálisis del sueño. El sueño nocturno suele estar **fragmentado**, con despertares frecuentes.

1 Lo que puede aparecer justo después de despertar son alucinaciones hipnopómpicas. El DSM-5-TR solo menciona delirios persecutorios como efecto de las dosis altas de estimulantes, no como síntoma de la narcolepsia.

2 Las alteraciones de la narcolepsia proceden del sueño REM, que irrumpe en la vigilia: cataplejía, parálisis del sueño, alucinaciones y periodos REM al inicio del sueño.

3 Ocurre lo contrario. El DSM-5-TR cita los despertares frecuentes entre los hallazgos polisomnográficos, y el DSM-IV describe un sueño nocturno fragmentado.

4 Es el criterio A, en el DSM-IV y en el DSM-5-TR.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, narcolepsia, págs. 576-578 y 581. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 299-300.

EN EL ATLAS Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 108, PIR 2018 · n.º 101, PIR 2019 · n.º 113, PIR 2020 · n.º 92

107

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes constituyen uno de los hallazgos estructurales más consistentemente encontrados en la esquizofrenia?:

1. Dilatación ventricular. ✓
2. Reducciones globales del volumen de sustancia blanca cerebral.
3. Aumento del volumen cerebral.
4. Simetrías hemisféricas.

La dilatación ventricular es el hallazgo estructural de mayor consenso en la esquizofrenia

Belloch 2008 resume las alteraciones estructurales detectadas por TAC craneal en la esquizofrenia (tabla 15.1) y concluye que, de todas ellas, la que ofrece **mayor consenso** en todos los estudios es la **dilatación ventricular**, del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales. Se ha confirmado en pacientes crónicos y en primeros episodios, y se relaciona con el predominio de **síntomas negativos** y con déficit cognitivos. Caballo añade que el agrandamiento de los ventrículos no se observa en todas las personas con esquizofrenia ni es específico de este trastorno. Las reducciones globales de volumen que recoge la tabla son de **sustancia gris**, y lo que describe es una asimetría hemisférica.

1. Es la alteración que ofrece mayor consenso según el manual.
2. La tabla habla de reducciones globales del volumen de sustancia gris cerebral.
3. Los hallazgos citados van en sentido contrario, porque Andreasen y cols. (1986) encontraron una reducción del tamaño cerebral y craneal y Caballo describe un menor volumen en varias áreas cerebrales.
4. La tabla recoge asimetrías hemisféricas, con reducción de sustancia gris en ambos lóbulos temporales y en el frontal izquierdo.

TABLA 15.1. ALTERACIONES ESTRUCTURALES EN LA ESQUIZOFRENIA DETECTADAS POR TAC CRANEAL

Alteraciones estructurales
Dilatación ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales).
Reducciones globales del volumen de sustancia gris cerebral.
Atrofia cerebelar.
Asimetrías hemisféricas (reducción sustancia gris en ambos lóbulos temporales y del lóbulo frontal izquierdo).
Disminución de radiodensidad del tejido en diversas zonas.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2008), vol. II, cap. 15, tabla 15.1, pág. 431

Ojo. La Base del tema (Belloch 2020, vol. II, cap. 11) no trata los hallazgos de neuroimagen estructural; están en la Ampliación (Belloch 2008, caps. 14-15).

Trampa. Cada distractor cambia una palabra de la tabla: sustancia blanca por gris, aumento por reducción y simetrías por asimetrías.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, tabla 15.1, pág. 431. 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. 446.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Caballo (Consulta).

Respuesta correcta: 4

¿Qué tipo de delirio es más típico de la psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía?:

1 Delirio celotípico.
2 Delirio erotomaníaco.
3 Delirio nihilista.
4 Delirio de paramentos. ✓

El delirio de paramentos es el más típico de la esquizofrenia de inicio tardío

Vallejo Ruiloba, en el capítulo de psiquiatría del anciano, describe la **esquizofrenia de inicio tardío** con quejas de estar bajo el escrutinio hostil de vecinos u otros, que emplean aparatos productores de ruidos, rayos o gases para molestar al paciente o mantenerlo despierto por la noche. Esta es quizá la característica más típica de los delirios crónicos de los ancianos y se denomina **delirio de paramentos**: alude a la **permeabilidad de las paredes**, suelos, techos y puertas a los influjos dañinos. Las alucinaciones, sobre todo auditivas, forman parte esencial del cuadro. Belloch describe esta forma tardía con delirios sistematizados sobre **asuntos domésticos**.

1 Vallejo Ruiloba presenta el delirio celotípico como frecuente en la esquizofrenia, en el trastorno delirante y en la dependencia del alcohol.
2 El delirio erotomaníaco o de De Clérambault puede aparecer como forma especial del trastorno delirante o en otros trastornos con delirios.
3 Los delirios nihilistas son propios de la depresión delirante.
4 Es el delirio que el manual considera más típico de los delirios crónicos del anciano.

Ojo. El término paramentos solo aparece en Vallejo Ruiloba (7.ª ed., cap. 38) y en su 9.ª edición (Bulbena y Cardoner, 2025, cap. 48), que asocia los delirios de persecución y paramentos al tipo de inicio muy tardío. La Base del tema (Belloch 2020, vol. II, pág. 357) describe la forma tardía, de 45 años o más, con delirios sobre extraños en la casa o la vigilancia de los vecinos, sin usar ese nombre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 38 (Urretavizcaya, Psiquiatría en el anciano), apdo. Esquizofrenia de inicio tardío (edición digital sin paginación impresa); cap. 45, pág. e-705. Bulbena, A. y Cardoner, N. (dirs.) (2025). Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (9.ª ed.). Elsevier. Cap. 48 (Urretavizcaya y Martín), apdo. Trastornos psicóticos (edición digital sin paginar). 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 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

109 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina a la creencia de estar infestado por parásitos, que suelen ser pequeños, pero visibles para él?:

1. Delirio de negación.
2. Delirio parasitario.
3. Delirio nihilista.
4. Delirio de infestación. ✓

La creencia de estar infestado por parásitos es el delirio de infestación

Dentro de los **delirios somáticos** o hipocondríacos, Belloch describe como tipo específico el **delirio de infestación**, zoopático o **síndrome de Ekbom**, en el que la persona cree que su piel está infectada por bichos o parásitos; suele acompañarse de alucinaciones táctiles o somáticas en las que percibe a los seres de los que cree estar infestada. Vallejo Ruiloba lo llama delirio de infestación o de **posesión zoopática**, con sensaciones de picor o molestias difusas por todo el cuerpo, y lo sitúa en los trastornos psicóticos y en el abuso de cocaína.

1. Belloch agrupa los delirios nihilistas y de negación, cuyo énfasis está en la no existencia del cuerpo o de una parte de él.
2. Los manuales del corpus tratan los parásitos dentro del delirio de infestación, zoopático o síndrome de Ekbom, y no emplean la expresión delirio parasitario.
3. El delirio nihilista es otro nombre del delirio de negación o síndrome de Cotard.
4. Es el nombre que dan Belloch y Vallejo Ruiloba a esta creencia.

Trampa. Las opciones 1 y 3 son sinónimos (delirio de negación y nihilista), y la 2 imita el contenido con un nombre que no usan los manuales.

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. 259-260. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45, pág. e-705.

EN EL ATLAS

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

110 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Qué nombre recibe el fenómeno en el que el paciente identifica falsamente a desconocidos pensando que sí los conoce?:

1 Delirio de Capgras.

2 Síndrome de Frégoli. ✓

3 Ilusión de Sosias.

4 Síndrome de Clerembault.

Identificar falsamente a desconocidos como conocidos es el síndrome de Fregoli

Belloch presenta el **síndrome de Fregoli** como la variante opuesta del **síndrome de Capgras**: un **falso reconocimiento positivo** según el cual el paciente cree que personas extrañas son, en realidad, conocidas que se han «disfrazado» para no ser reconocidas, aunque él sabe quiénes son por sus rasgos psicológicos. En el Capgras, delirio de Sosia o de suplantación, el paciente cree que una persona importante ha sido usurpada por un impostor idéntico, un **falso reconocimiento negativo**. Vallejo Ruiloba lo resume diciendo que en el Fregoli el paciente identifica falsamente a desconocidos, pensando que sí que los conoce.

1. En el delirio de Capgras el paciente cree que ciertas personas significativas han sido sustituidas por dobles exactos.
2. Es la definición de Vallejo Ruiloba y el falso reconocimiento positivo de Belloch.
3. Ilusión de Sosias es otro nombre del delirio de Capgras.
4. El síndrome de Clérambault es el delirio erotomaníaco, la creencia de que otra persona, en general de nivel superior, está enamorada del paciente.

Para fijarlo. Capgras ve a un impostor en quien conoce; Fregoli ve a un conocido en quien no conoce.

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. 259 y 261; cap. 7, pág. 217. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45, págs. e-705 y e-706.

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

111

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

Los somniloquios son parasomnias que se clasifican dentro de los:

1. Trastornos de la activación o arousal.
2. Trastornos del ritmo circadiano del sueño.
3. Trastornos de la transición sueño-vigilia. ✓
4. Trastornos intrínsecos del sueño.

El somniloquio es una parasomnia de la transición entre la vigilia y el sueño

En la clasificación de los trastornos del sueño que recoge Belloch (tabla 11.1), las **parasomnias** se dividen en cuatro grupos: trastornos del despertar (confusión del despertar, sonambulismo y terrores nocturnos), **trastornos de la transición vigilia-sueño** (trastornos del movimiento rítmico, sobresalto del sueño, **somniloquio** y calambres nocturnos), parasomnias relacionadas con el sueño MOR y otras parasomnias. Vallejo Ruiloba reproduce la clasificación de la ASDA (1997) con los mismos grupos y llama a este apartado trastornos de la transición sueño-vigilia. Los trastornos del ritmo circadiano y los intrínsecos pertenecen a las **disomnias**.

1. Los trastornos de la activación o arousal (del despertar) agrupan los despertares confusionales, el sonambulismo y los terrores nocturnos.
2. Los trastornos del ritmo circadiano del sueño son disomnias, como el cambio de huso horario o la rotación de turnos de trabajo.
3. Es el grupo en el que ambas clasificaciones sitúan el somniloquio.
4. Los trastornos intrínsecos del sueño son disomnias, como el insomnio idiopático o la narcolepsia.

Ojo. Belloch 2008 rotula el grupo como transición vigilia-sueño (tabla 11.1) y Vallejo Ruiloba (tabla 48-1), como transición sueño-vigilia. La Base del tema (Belloch 2020, cap. 17, pág. 550) define el somniloquio como habla durante el sueño, pero no usa esta clasificación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, tabla 11.1, pág. 296. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 48, tabla 48-1 (edición digital sin paginación impresa). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 550.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

112 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

¿Qué síndrome se caracteriza por una somnolencia diurna excesiva que puede durar varias semanas, desapareciendo de forma espontánea?:

1. Síndrome de Pickwick.
2. Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
3. Síndrome de Gélineau.
4. Síndrome de Kleine-Levin. ✓

Una somnolencia diurna de semanas que desaparece sola describe el síndrome de Kleine-Levin

Belloch 2008 caracteriza el **síndrome de Kleine-Levin** por una **somnolencia diurna excesiva** que puede durar varias semanas, desapareciendo de forma espontánea; en esos periodos el paciente puede dormir más de veinte horas diarias y presenta hambre y sed excesivas, irritación, dificultad de pensamiento, trastornos de la memoria o alucinaciones. Caballo recoge la descripción de la CIE-11, con **episodios recurrentes** de somnolencia intensa de unos 10 días de media y normalidad entre ellos. El síndrome de **Pickwick** reúne obesidad, somnolencia, hipoventilación y eritrocitosis, y Gélineau acuñó en 1880 el término **narcolepsia**.

1. El síndrome de Pickwick se caracteriza por obesidad, somnolencia, hipoventilación y eritrocitosis.
2. La encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff se deben al daño cerebral por falta de tiamina, frecuente en el alcoholismo, y Belloch los estudia entre las amnesias.
3. Gélineau acuñó el término narcolepsia, un trastorno crónico de somnolencia diurna asociada con cataplejía.
4. Es la definición de Belloch 2008.

Ojo. Belloch 2020 (Base del tema, pág. 545) llama síndrome de Klein-Levin a la hipersomnia persistente del DSM-5, con somnolencia diurna durante más de tres meses. Belloch 2008 (pág. 300) y la CIE-11 que recoge Caballo (tabla 22.5) lo describen como episodios de días o semanas con normalidad entre ellos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 300-301. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 22, tabla 22.5, pág. 710. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 545; cap. 7, pág. 200.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

113

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿A qué se denomina “depresión doble”?:

1. Casos en los que aparece un episodio depresivo mayor y un trastorno distímico. ✓
2. Casos en los que aparece un episodio depresivo mayor y un episodio maniaco al tiempo.
3. Casos en los que aparece un trastorno distímico y un trastorno bipolar.
4. Casos en los que aparece un episodio depresivo mayor y un trastorno de ansiedad generalizada.

La depresión doble es un episodio depresivo mayor sobre una distimia

El DSM-IV explica que, pasados los dos primeros años del trastorno distímico, hoy trastorno depresivo persistente, pueden **sobreañadirse episodios depresivos mayores**. En esos casos, que el manual llama **«depresión doble»**, se diagnostican **tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico**. Cuando la persona vuelve a su línea de base distímica, solo se mantiene el diagnóstico de distimia. Belloch recuerda que el término se emplea en protocolos de investigación y no en los sistemas diagnósticos oficiales.

1. Es la definición del DSM-IV.
2. Coincidir síntomas depresivos y maníacos remite a los episodios mixtos del DSM-IV, hoy al especificador «con características mixtas».
3. Un episodio maníaco o hipomaníaco excluye el diagnóstico de distimia, así que no pueden coexistir con un trastorno bipolar.
4. La ansiedad que acompaña a la depresión se recoge hoy con el especificador «con ansiedad» o con un diagnóstico comórbido; no es la depresión doble.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, trastorno distímico, pág. 353. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 204.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 64, PIR 2023 · n.º 79, PIR 2017 · n.º 51

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Según las clasificaciones diagnósticas DSM (IV-TR y 5) para que se califique como recurrente un trastorno depresivo ¿cuántos episodios depresivos mayores tienen que aparecer como mínimo?:

1 Dos. ✓

2 Tres.

3 Cinco.

4 Siete.

Basta un segundo episodio depresivo mayor para hablar de trastorno recurrente

El DSM-IV definía el trastorno depresivo mayor recidivante por la **presencia de dos o más episodios depresivos mayores**. Para considerarlos episodios separados debía haber un intervalo de **al menos 2 meses seguidos** sin cumplir los criterios de episodio depresivo mayor. El DSM-5 mantiene la regla en los procedimientos de codificación: un episodio se considera **recurrente** si hay un intervalo mínimo de 2 meses consecutivos entre episodios. El DSM-5-TR la conserva.

1. Es el mínimo que exigen el DSM-IV y el DSM-5.
2. Basta con un segundo episodio separado del primero por al menos 2 meses.
3. Basta con dos episodios.
4. Basta con dos episodios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor recidivante, pág. 352. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, pág. 162.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 82

115

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Según el modelo de depresión de Lewinsohn ¿cuál es la causa de la depresión?:

1. Una baja tasa de conducta.
2. Las distorsiones cognitivas.
3. Una baja tasa de reforzamiento positivo contingente con la conducta. ✓
4. Una alta tasa de castigo positivo.

Para Lewinsohn la depresión se debe a una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la conducta

Siguiendo a Ferster, **Lewinsohn** entiende la depresión como una respuesta a la **pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta**. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales lleva a un estado de ánimo deprimido y a una **reducción en el número de conductas**, que para él son los fenómenos primarios de la depresión; la baja autoestima y la desesperanza serían consecuencias de esa menor actividad. La falta de refuerzo puede deberse a un ambiente que no lo proporciona, a la falta de **habilidades sociales** o a la ansiedad social. Belloch 2020 resume que, en esta teoría, la pérdida o falta de refuerzos positivos es la **causa próxima** de la depresión.

1. Para Lewinsohn la reducción en el número de conductas es un fenómeno primario que acompaña al ánimo deprimido como efecto del refuerzo insuficiente, y la reducida frecuencia de conductas reforzadas es el rasgo que destacaba Ferster.
2. Las distorsiones cognitivas pertenecen a la teoría de Beck, que sitúa la causa próxima en la tríada cognitiva negativa.
3. Es la causa suficiente de la depresión en la teoría de Lewinsohn.
4. Los factores que el manual atribuye a Lewinsohn son un ambiente que no refuerza, la falta de habilidades sociales y la ansiedad social, sin mencionar el castigo.

> **Trampa.** La opción 1 toma un efecto de la falta de refuerzo (la reducción de conductas) por la causa.

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. 275-276. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

¿En qué segmento de edad es más probable el inicio de un trastorno bipolar?:

1. Antes de los 16 años.
2. Entre los 20 y los 25 años. ✓
3. Entre los 30 y los 35 años.
4. Entre los 40 y los 45 años.

El trastorno bipolar suele empezar entre los 20 y los 25 años

Belloch 2008 señala que el inicio de los **trastornos bipolares** puede darse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que sea **entre los 20 y 25 años**, y su tabla 9.1 fija la **edad media de comienzo** en 20 años para los bipolares, frente a 35 años para los depresivos. Caballo sitúa la edad de inicio más común en la adolescencia tardía o la **adultez temprana**: aproximadamente la mitad de los pacientes tiene el primer episodio antes de los 25 años, con medias de 18,4 años para el tipo I, 20 para el tipo II y 21,9 para las formas subclínicas. Belloch 2020 añade que los inicios más tempranos se asocian a un **peor pronóstico**.

1. Belloch 2008 advierte que en niños y adolescentes es menos claro cuándo comienza el trastorno, y Caballo sitúa la edad de inicio más común en la adolescencia tardía o la adultez temprana.
2. Es el intervalo más frecuente según Belloch 2008.
3. Entre los 30 y los 35 años queda por encima de las edades medias de inicio de los manuales (20 años en Belloch 2008; de 18,4 a 21,9 años en Caballo).
4. Entre los 40 y los 45 años queda todavía más lejos, y la edad media de comienzo de los trastornos depresivos en la tabla 9.1 es de 35 años.

Ojo. Belloch 2020 (Base del tema, pág. 237) sitúa la edad de inicio más frecuente «al principio de la segunda década de la vida». El DSM-5-TR (pág. 146) da para el trastorno bipolar I una edad máxima de comienzo entre los 20 y los 30 años y una media de 22 años en Estados Unidos. Las cifras de Belloch 2008, Caballo y el DSM-5-TR encajan con la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, tabla 9.1, pág. 238, y pág. 260. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 13, pág. 415. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 237. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno bipolar I, desarrollo y curso, pág. 146.

EN EL ATLAS

Tema B16 · Trastornos bipolares. Belloch 2008 no es fuente de este tema. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

117

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria de los episodios y trastornos depresivos melancólicos?:

1. Padecer síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
2. Presentar dificultades de concentración debidas a las preocupaciones.
3. Experimentar miedo persistente a que pueda suceder algo terrible.
4. Sufrir una pérdida marcada del placer en todas o casi todas las actividades. ✓

La pérdida de placer por casi todas las actividades define la melancolía

El especificador melancólico exige en el criterio A uno de dos rasgos durante el periodo más grave del episodio: **pérdida de placer por todas o casi todas las actividades** o **falta de reactividad** a los estímulos habitualmente placenteros. El criterio B pide además tres o más de estos síntomas: cualidad distinta del ánimo, depresión peor por la mañana, despertar precoz, alteración psicomotora, anorexia o pérdida de peso y culpa excesiva. El DSM-5 aclara que en la melancolía hay una **ausencia casi completa** de la capacidad de placer, no una simple disminución.

1. Los síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo corresponden al especificador «con características psicóticas».
2. Las dificultades de concentración debidas a las preocupaciones son un síntoma del especificador «con ansiedad».
3. El miedo a que pueda suceder algo terrible también pertenece al especificador «con ansiedad».
4. Es el criterio A1 del especificador melancólico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, especificación de síntomas melancólicos, pág. 392. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, págs. 184-186.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 50, PIR 2019 · n.º 130, PIR 2021 · n.º 84, PIR 2017 · n.º 53

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la proporción de pacientes con anorexia nerviosa que desarrollan bulimia nerviosa?:

1. En torno al 50% de los pacientes. ✓
2. La totalidad de esos pacientes.
3. Solo un 5% de las pacientes.
4. En torno al 80% de los pacientes.

Alrededor de la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa desarrolla después bulimia nerviosa

Caballo señala que es bastante común que las pacientes alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en distintos momentos del trastorno, y que **en torno al 50 por 100** de las pacientes con **anorexia nerviosa** desarrollan posteriormente **bulimia nerviosa** (Fairburn y Harrison, 2003). Más adelante estima que la mitad de las pacientes con anorexia acabará desarrollando atracones y cumplirá todos los criterios de la bulimia. Belloch llama a este fenómeno **migración entre diagnósticos**, transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico, y lo ilustra con la paciente que empieza con una fuerte restricción en la adolescencia temprana y cumple criterios de bulimia en la adolescencia tardía.

1. Es la proporción que recoge Caballo a partir de Fairburn y Harrison (2003).
2. La totalidad exagera el dato, porque los manuales hablan de la mitad de las pacientes.
3. Un 5 % queda muy por debajo del 50 por 100 que da Caballo.
4. Un 80 % también se aleja de la cifra del manual, que es la mitad.

Ojo. La Base del tema (Belloch 2020, vol. I, cap. 13, pág. 421) describe la migración diagnóstica sin dar porcentajes; la cifra está en la Consulta (Caballo, cap. 21).

Para fijarlo. Una de cada dos anorexias acaba cruzando a la bulimia.

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. 21, págs. 666 y 678. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 421.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Aunque el criterio del DSM (IV-TR y 5) y CIE-10 para el concepto de trastornos de personalidad es bastante similar, no lo es tanto para:

1. El número de trastornos.
2. El impacto a nivel laboral.
3. Las repercusiones a nivel interpersonal.
4. La ordenación y clasificación de los trastornos de personalidad. ✓

El DSM y la CIE-10 coinciden en el concepto de trastorno de la personalidad, pero no en su ordenación

Caballo señala que el **concepto** de trastorno de la personalidad del DSM y de la CIE-10 es bastante similar, de modo que hay cierto consenso sobre lo que constituye un trastorno de la personalidad. Donde no hay tanto consenso es en la **ordenación y clasificación**. El DSM propone tres **grupos** (A, B y C) con diez trastornos específicos, mientras que la CIE-10 plantea una amplia sección de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto que incluye también otros, como los del control de impulsos o los de la identidad sexual. El DSM-IV ya decía que sus criterios generales y los de la CIE-10 son iguales en líneas generales.

1. Las listas no coinciden del todo, pero el manual sitúa la discrepancia en la ordenación y clasificación.
2. El malestar o el deterioro que causa el patrón forma parte de los criterios generales de ambos sistemas (criterio C del DSM y G3 de la CIE-10).
3. El funcionamiento interpersonal figura en los criterios generales de los dos, como actividad interpersonal en el DSM y como modo de relacionarse con los demás en la CIE-10.
4. Es donde Caballo sitúa la falta de consenso.

Ojo. La opción 1 no es del todo falsa. La tabla 15.2 de Caballo muestra que la CIE-10 deja fuera de los trastornos específicos el esquizotípico, relega el narcisista a «otros trastornos específicos» y desdobla la inestabilidad emocional en tipo límite e impulsivo. La clave se apoya en la frase literal del manual.

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. 15, págs. 429-431. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de la personalidad, págs. 645-646 y 649.

EN EL ATLAS

Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 134, PIR 2018 · n.º 132, PIR 2016 · n.º 83

120

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 3

Entre las terapias psicológicas desarrolladas específicamente para el tratamiento del trastorno bipolar se encuentran:

1. La terapia de autocontrol.
2. La terapia de solución de problemas sociales.
3. La terapia interpersonal del ritmo social. ✓
4. El sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia.

La terapia interpersonal y de ritmos sociales se desarrolló para el trastorno bipolar

Fonseca presenta la **terapia interpersonal y de ritmos sociales** (IPSRT) como un tratamiento manualizado que **Frank** et al. (1994) desarrollaron para ayudar a las personas con **trastorno bipolar**. Sus autores consideran que los cambios en el ritmo de vida causan cierta inestabilidad en el estado de ánimo, y su objetivo es mejorarlo comprendiendo y estabilizando los **ritmos biológicos y sociales**: crear rutinas diarias y ciclos de sueño-vigilia estables, reducir los estresores de base interpersonal y aprender hábitos que prevengan nuevos episodios. La APA la incluye entre los tratamientos con apoyo empírico para el trastorno bipolar. Las otras tres opciones figuran entre los tratamientos de la **depresión**.

1. La terapia de autocontrol de Rehm figura entre los tratamientos con apoyo empírico para los trastornos depresivos (tabla 6.16 de Belloch 2020).
2. La terapia de solución de problemas aparece también en esa tabla de tratamientos para la depresión.
3. Es la terapia de Frank para el trastorno bipolar.
4. El sistema de análisis cognitivo-conductual de McCullough figura en la misma tabla, entre los tratamientos de la depresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, tabla 10.2, pág. 338, y pág. 343. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.16, pág. 226.

EN EL ATLAS: Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 145

121

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones puede aplicarse a la terapia interpersonal de la depresión?:

1. Es una intervención a largo plazo, con un mínimo de 60 sesiones.
2. Es una terapia estructurada que cuenta con un manual de aplicación. ✓
3. Se centra en cuatro áreas problemáticas: el duelo, las disputas interpersonales, los conflictos inconscientes y las actitudes disfuncionales.
4. Fue diseñada como un tratamiento agudo de la depresión, pero no como un tratamiento de continuación y de mantenimiento.

La terapia interpersonal es estructurada y cuenta con un manual de aplicación

La **terapia interpersonal** (TIP) de Klerman es, según la Guía de tratamientos eficaces, una **terapia estructurada** por fases y objetivos para unas 16 sesiones semanales, que cuenta con un **manual de aplicación** (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Rodríguez Morejón la describe como un tratamiento muy estructurado, de 12 a 20 sesiones y tres fases, centrado en cuatro áreas: **duelo**, disputas interpersonales, **transiciones de rol** y déficits interpersonales. Fonseca recuerda que Klerman insistió en que la intervención estuviera estructurada y clarificada, siguiendo el modelo de la terapia cognitiva de Beck. Se desarrolló como terapia de mantenimiento y después se estableció también como **tratamiento agudo**.

1. Es una terapia breve, que la Guía programa en 16 sesiones y Rodríguez Morejón, en 12 a 20.
2. La Guía la describe como estructurada por fases y objetivos y señala que cuenta con un manual de aplicación.
3. Sus cuatro áreas son el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits interpersonales, y entre ellas no están los conflictos inconscientes ni las actitudes disfuncionales.
4. Se desarrolló como terapia de mantenimiento para la depresión mayor y después se estableció también como tratamiento agudo.

Trampa. La opción 3 mezcla dos áreas reales de la TIP con conceptos psicodinámicos (conflictos inconscientes) y cognitivos (actitudes disfuncionales).

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. 3.3 y 4 (edición digital sin paginar). Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 30, págs. 491-492 y 496. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 314.

EN EL ATLAS

Tema F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 114

122 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Entre los tratamientos psicológicos con mayor aval empírico en cuanto a su eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo mayor en adultos se encuentra:

1. La terapia familiar sistémica.
2. La terapia psicodinámica ortodoxa.
3. La terapia de exposición.
4. La terapia interpersonal. ✓

La terapia interpersonal está entre los tratamientos con más apoyo para la depresión mayor

La Guía de tratamientos eficaces concluye que hay tres tratamientos psicológicos con eficacia demostrada en la depresión, la **terapia de conducta**, la **terapia cognitiva** y la **terapia interpersonal**, todos con programas estructurados de 12 a 16 sesiones y manual de aplicación, y eficaces en el tratamiento agudo, la continuación y el mantenimiento. Fonseca recoge que la NICE incluye entre las intervenciones de alta intensidad la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia conductual de pareja, y que la División 12 de la APA da **apoyo robusto** a la activación conductual, la terapia cognitiva, la psicoterapia interpersonal y la terapia de solución de problemas.

1. La terapia familiar sistémica no figura en las listas de la NICE y de la APA que recoge Fonseca ni entre los tres tratamientos de la Guía.
2. La terapia psicodinámica ortodoxa tampoco aparece en esas listas.
3. La terapia de exposición tampoco figura en ellas; es un tratamiento de los trastornos de ansiedad.
4. Es uno de los tres tratamientos con eficacia demostrada que señala la Guía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 4 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 308-309. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.16, pág. 226.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

123 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

Los tratamientos psicológicos para el trastorno bipolar tienen en común que pretenden contribuir a la prevención de recaídas entrenando al paciente:

1. En la identificación de los síntomas subsindrómicos. ✓
2. En habilidades sociales.
3. En habilidades de autorreforzamiento.
4. En la identificación de supuestos y creencias disfuncionales.

Los tratamientos psicológicos del trastorno bipolar entrenan a identificar los síntomas subsindrómicos

Ramírez-Basco y Thase, en el manual de Caballo, enumeran cómo la terapia puede aumentar el control médico del trastorno bipolar: mejorando la **adherencia** a la farmacoterapia, ayudando a los pacientes a **identificar síntomas subsindrómicos** para que una intervención temprana evite una recurrencia o recaída total, proporcionando técnicas para detener el empeoramiento de esos síntomas y enseñando estrategias para afrontar los **estímulos estresantes** sociales e interpersonales. Fonseca recoge la misma idea en la guía del SNS, que pide instruir en la **detección precoz** de los primeros síntomas de recaída, y entre los módulos de la psicoeducación incluye la detección y el manejo de **pródromos**.

1. Es el elemento común que destacan los manuales para prevenir recaídas.
2. Las habilidades sociales no están entre los elementos que enumeran Ramírez-Basco y Thase, cuyo trabajo interpersonal se dirige a afrontar los estresores sociales.
3. El autorreforzamiento procede del modelo de autocontrol de la depresión de Rehm y no aparece entre los objetivos comunes que enumeran los manuales del trastorno bipolar.
4. La identificación de creencias disfuncionales es propia de la terapia cognitiva y en el bipolar se trabaja como un componente más; la prevención de recaídas descansa en reconocer los primeros síntomas.

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), págs. 581 y 584. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, págs. 338 y 340.

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Caballo 2002 no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

124

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento del trastorno depresivo mayor, los antidepresivos tricíclicos:

1. Son tan eficaces como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. ✓
2. Son los fármacos que han sido descubiertos más recientemente.
3. Tienen menos efectos secundarios que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.
4. Son menos eficaces que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Los antidepresivos tricíclicos son tan eficaces como los ISRS

La Guía de tratamientos eficaces distingue los antidepresivos **clásicos** o de primera generación (tricíclicos e IMAO) de los **nuevos** (inhibidores reversibles de la MAO e ISRS). Según su revisión, los resultados de los nuevos antidepresivos son similares a los de los clásicos, con la ventaja de una **menor incidencia de efectos secundarios**, y otras revisiones llegan a decir que los ISRS pueden ser menos efectivos que los tricíclicos. Los clásicos fueron los primeros en estudiarse y se descubrieron por **serendipidad**. Stahl lo confirma: los tricíclicos se descubrieron por casualidad al probarlos en la esquizofrenia, y después se supo que bloquean la recaptación de noradrenalina y serotonina.

1. Es la conclusión de la Guía sobre clásicos y nuevos antidepresivos.
2. Los tricíclicos son antidepresivos clásicos, los primeros en ser estudiados, y Stahl sitúa su síntesis en la época de las primeras fenotiazinas.
3. La ventaja que la Guía atribuye a los nuevos antidepresivos, como los ISRS, es una menor incidencia de efectos secundarios.
4. La Guía recoge revisiones que apuntan lo contrario, que los ISRS pueden ser menos efectivos que los tricíclicos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 2 (edición digital sin paginar). Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, pág. 335.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

125 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 2

¿Qué error de procesamiento se produce cuando una persona con depresión atiende en exceso a la información consistente con el esquema y no presta atención a la información no consistente con esas suposiciones?:

1. Inferencia arbitraria.
2. Abstracción selectiva. ✓
3. Error del adivino.
4. Razonamiento emocional.

Atender en exceso a lo que confirma el esquema e ignorar lo demás es abstracción selectiva

Freeman y Oster, en el manual de Caballo, definen la **abstracción selectiva** como el error que ocurre cuando una persona atiende en exceso a la información consistente con el esquema y no presta atención a la información no consistente con esas suposiciones; es un ejemplo de **sesgo confirmatorio**. La **inferencia arbitraria** consiste en sacar conclusiones que no están en consonancia con la evidencia objetiva y tiene dos tipos, el lector de mentes y el **error del adivinador** del futuro. El **razonamiento emocional** supone que las emociones negativas reflejan necesariamente la forma como son las cosas. Díaz y Ruiz definen la abstracción selectiva como focalizarse en un aspecto negativo magnificando su importancia.

1. La inferencia arbitraria consiste en sacar conclusiones que no están en consonancia con la evidencia objetiva.
2. Es la definición de Freeman y Oster.
3. El error del adivinador del futuro es un tipo de inferencia arbitraria en el que la persona anticipa que las cosas irán mal y toma su predicción como un hecho establecido.
4. En el razonamiento emocional la persona supone que sus emociones negativas reflejan necesariamente la forma como son las cosas.

Ojo. En Díaz y Ruiz la definición de la abstracción selectiva está en la continuación de la tabla 1 (pág. 395), una página que en el PDF del corpus no tiene capa de texto y se ha leído sobre la imagen.

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), págs. 546-548. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, tabla 1, págs. 393-395. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 16, pág. 293.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Rodríguez Morejón (Ampliación).

126

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes fármacos se considera eficaz para el tratamiento de la depresión y pertenece a la categoría de tratamientos clásicos o de primera generación?:

1 Mirtazapina.

2 Venlafaxina.

3 Imipramina. ✓

4 Paroxetina.

La imipramina es un antidepresivo tricíclico, clásico o de primera generación

Entre los antidepresivos **clásicos** o de primera generación, la Guía de tratamientos eficaces cita los **tricíclicos**, de los que la **imipramina** y la amitriptilina han llegado a ser el tratamiento estándar o de referencia para medir los nuevos tratamientos, y los IMAO. Entre los **nuevos fármacos** sitúa los inhibidores reversibles de la MAO, en cuya lista incluye la mirtazapina y la venlafaxina, y los ISRS, como la **paroxetina**. Stahl recoge la imipramina en su tabla de antidepresivos tricíclicos aún en uso.

1. La Guía incluye la mirtazapina entre los nuevos fármacos antidepresivos.
2. La venlafaxina figura también entre los nuevos antidepresivos, y Stahl la describe como un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
3. La imipramina es uno de los tricíclicos de referencia.
4. La paroxetina es un ISRS, uno de los nuevos antidepresivos.

Ojo. La Guía (2003) agrupa la mirtazapina y la venlafaxina con los inhibidores reversibles de la MAO. Stahl (2023) describe la venlafaxina como un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (pág. 302) y trata la mirtazapina en un apartado propio (pág. 308).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 2 (edición digital sin paginar). Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, tabla 7-2, pág. 335, y págs. 302 y 308.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

127 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes aportaciones teóricas en la comprensión de la depresión hipotetiza que la misma se debe a déficits específicos en la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo?:

1. Enfoque comportamental de Lewinsohn.
2. Enfoque interpersonal de Coyne.
3. Enfoque procesal sistémico de Guidano.
4. Enfoque de autocontrol de Rehm. ✓

El modelo de autocontrol de Rehm explica la depresión por déficits en autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo

Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social y enmarcada en el **modelo de autocontrol de Kanfer**, con sus tres fases de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento. La depresión surgiría cuando un **déficit en las conductas de autocontrol** interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos. Los vulnerables atienden más a los sucesos negativos y a las consecuencias inmediatas (**autoobservación**), tienen criterios muy rigurosos y un estilo atribucional depresivo (**autoevaluación**) y se administran recompensas insuficientes o castigos excesivos (**autorreforzamiento**). Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger describen el mismo modelo en el manual de Caballo.

1. El enfoque comportamental de Lewinsohn sitúa la causa en la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta.
2. El enfoque interpersonal de Coyne entiende la depresión como respuesta a la ruptura de las relaciones de las que se obtenía apoyo, mantenida por la reacción de las personas cercanas.
3. La terapia posracionalista de Guidano es un modelo constructivista basado en las organizaciones de significados personales.
4. Es el modelo de autocontrol de Rehm.

Ojo. Belloch 2020 (págs. 216-217) atribuye el modelo de autocontrol a Rehm (1977), pero al exponer la teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn et al. (1985) incluye también los déficits de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento entre sus factores de vulnerabilidad. La clave se sostiene porque el modelo que nace de esos tres déficits es el de Rehm.

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. 276, 286 y 288-289. Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 16 (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger), pág. 496. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-217. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, pág. 328.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

128

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes terapias para la depresión parte de la idea básica de que los pacientes presentan importantes dificultades a la hora de reconocer la conexión entre su comportamiento y sus consecuencias en el contexto interpersonal?:

1. Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia. ✓
2. Terapia interpersonal.
3. Psicoterapia psicodinámica.
4. Psicoterapia breve.

El CBASP parte de que el paciente no conecta su conducta con sus consecuencias interpersonales

El manual de terapia de conducta de Vallejo describe el **Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia** (CBASP), desarrollado por **McCullough** (2000 y 2006) como alternativa a la terapia cognitiva, sobre todo cuando la **depresión es crónica**. Su idea básica es que los pacientes son incapaces de reconocer la conexión entre su comportamiento y sus consecuencias en el **contexto interpersonal**, y McCullough considera incluso que su razonamiento se parece al de los niños en la **fase preoperacional** de Piaget. Es una terapia muy estructurada, orientada a las relaciones interpersonales de fuera de la terapia y a la que se establece con el terapeuta.

1. Es la idea básica del CBASP.
2. La terapia interpersonal es, en la 2.ª edición del manual, uno de los tratamientos frente a los que el CBASP ha mostrado mayor eficiencia.
3. La psicoterapia psicodinámica no aparece en esta descripción, y el CBASP se presenta como alternativa a la terapia cognitiva en el capítulo de la depresión.
4. La psicoterapia breve es el otro tratamiento frente al que el CBASP ha mostrado mayor eficiencia en la 2.ª edición.

Ojo. La comparación del CBASP con la terapia interpersonal y la psicoterapia breve solo aparece en la 2.ª edición (Vallejo 2012, pág. 613); la 4.ª edición (2023, pág. 610) mantiene la descripción y cita su utilidad en la depresión crónica, la atención primaria y los grupos. Fonseca (Base del tema, pág. 308) recoge una guía que no encuentra evidencia suficiente para recomendarlo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 11, pág. 610. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 12 (Vallejo y Comeche), pág. 613. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 308.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

129

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el fármaco más utilizado para el trastorno bipolar?:

1 Carbamazepina.

2 Lamotrigina.

3 Valproato.

4 Litio. ✓

El litio es el fármaco más utilizado en el trastorno bipolar

Becoña y Lorenzo, en la Guía de tratamientos eficaces, sitúan entre los fármacos de primera elección del trastorno bipolar **el litio, el más utilizado**, junto al valproato, la carbamazepina o los antipsicóticos, y concluyen que el tratamiento farmacológico es el primer abordaje, siendo el litio el fármaco más utilizado, junto a otros. Belloch 2020 lo presenta como el **primer estabilizador del ánimo**, que sigue siendo un tratamiento de **primera línea** para todas las fases del trastorno, en especial con episodios maníacos. Stahl lo llama el **estabilizador del humor clásico**, con el que se trata el trastorno bipolar desde hace más de 50 años.

1 La carbamazepina es otro de los fármacos de primera elección, pero la Guía reserva al litio el calificativo de más utilizado.

2 Stahl describe la lamotrigina como un anticonvulsivo empleado en el trastorno bipolar, y la Guía reserva al litio el calificativo de más utilizado.

3 El valproato acompaña al litio entre los fármacos de primera elección.

4 Es el fármaco que la Guía califica como el más utilizado.

Ojo. Stahl (2023, pág. 346) advierte de un declive en el uso del litio en los últimos años, por las nuevas opciones de tratamiento, sus efectos secundarios y la carga de seguimiento; el dato de la clave procede de la Guía (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. 6 (Becoña Iglesias y Lorenzo Pontevedra), apdo. de programas para aumentar la adherencia a la medicación y conclusiones (edición digital sin paginar). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 251. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, págs. 345-346 y 350.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

130 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según la teoría reformulada de la indefensión aprendida aplicada a la depresión ¿qué dos expectativas presenta la persona con depresión?:

1. Las expectativas de baja confianza y control emocional.
2. Las expectativas de daño e incontrolabilidad. ✓
3. Las expectativas de baja autoeficacia y resultado.
4. Las expectativas de sensibilidad a la ansiedad y al fracaso.

La reformulación de la indefensión se apoya en la expectativa de incontrolabilidad ante sucesos aversivos

Seligman postuló que la pérdida percibida de control, o **expectativa de incontrolabilidad**, es causa suficiente de una reacción depresiva. Abramson, Seligman y Teasdale (1978) la **reformularon** introduciendo las **atribuciones**: atribuir la falta de control a factores estables o globales extiende esa expectativa en el tiempo o a otras situaciones, y atribuirla a factores internos baja la autoestima. Para explicar el ánimo deprimido añadieron un factor motivacional, según el cual la depresión solo aparece cuando la expectativa de incontrolabilidad se refiere a la pérdida de un suceso muy deseable o a la ocurrencia de un **hecho altamente aversivo**. La opción 2 junta ese daño esperado y la incontrolabilidad.

1. La baja confianza y el control emocional no forman parte del modelo, que se centra en la incontrolabilidad de los sucesos y en las atribuciones.
2. Recoge la expectativa de incontrolabilidad y la de que ocurra un hecho altamente aversivo.
3. La autoeficacia procede de la teoría de Bandura, que Belloch cita entre los modelos de autocontrol, junto al de Kanfer.
4. La sensibilidad a la ansiedad y el fracaso no están entre los elementos de la teoría reformulada, que descansa en la incontrolabilidad y en las tres dimensiones atribucionales.

Ojo. El comentario de partida advierte de que las expectativas de daño no suelen asociarse a la teoría de Abramson et al. y de que la clave se mantuvo pese a las impugnaciones. En el corpus, Belloch 2008 (págs. 281-282) habla de expectativa de incontrolabilidad y de un hecho altamente aversivo, y Belloch 2020 (pág. 217) y Vallejo 2012 (pág. 602) explican la reformulación por el estilo atribucional, sin usar la palabra daño.

Trampa. La opción 3 usa un término de Bandura, la autoeficacia, ajeno a la teoría de la indefensión.

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. 281-282 y 286. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 217. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 12 (Vallejo y Comeche), pág. 602.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

131

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 3

Una de las características de la terapia dialéctica comportamental para el trastorno límite de la personalidad, que la diferencia de la terapia cognitiva conductual clásica, es:

1. El énfasis en el encuadre del trastorno desde una perspectiva de sistemas, en el que la familia es el elemento clave.
2. El énfasis en el cambio de los contenidos cognitivos (p. ej. distorsiones cognitivas).
3. La importancia otorgada a trabajar con las conductas que interfieren en la terapia. ✓
4. La importancia otorgada a los esquemas cognitivos disfuncionales.

La terapia dialéctica conductual se distingue de la TCC clásica por trabajar las conductas que interfieren en la terapia

Díaz y Ruiz señalan que la **terapia dialéctica conductual** (TDC) recoge elementos, sobre todo técnicas, de la terapia cognitivo conductual tradicional, pero tiene aspectos diferenciadores (García Palacios, 2006): la importancia de la **aceptación y la validación** de la conducta tal como se presenta en el momento, la importancia otorgada a trabajar con las **conductas que interfieren en la terapia**, la consideración de la **relación terapéutica** como parte esencial del tratamiento y la acción en función de los **procesos dialécticos**. Reducir las conductas que interfieren con la terapia es, además, la segunda meta de su jerarquía, tras las conductas suicidas y parasuicidas.

1. Los aspectos diferenciadores del manual no incluyen un encuadre de sistemas centrado en la familia, y la TDC parte de las transacciones entre una persona emocionalmente vulnerable y un entorno invalidante.
2. El cambio de los contenidos cognitivos, como las distorsiones, pertenece a la terapia cognitiva de Beck, que Díaz y Ruiz exponen en el capítulo 8.
3. Es uno de los cuatro aspectos diferenciadores que recoge el manual.
4. Los esquemas cognitivos disfuncionales son también objeto de la terapia cognitiva, en la que su activación es el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 571 y 575; cap. 8, págs. 391-394. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24, pág. 589.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Penadés (Consulta).

132

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

La orientación teórica de la terapia basada en la mentalización para los trastornos de la personalidad es:

1 Cognitiva.

2 Psicodinámica. ✓

3 Sistémica.

4 Gestáltica.

La terapia basada en la mentalización tiene su origen en la psicoterapia psicodinámica

Díaz-Garrido et al. explican que el **tratamiento basado en la mentalización** (MBT) nació cuando un grupo liderado por **Peter Fonagy** integró la teoría psicodinámica, la **teoría del apego** y la investigación sobre el desarrollo social-cognitivo. Es un modelo que surge de la psicoterapia psicodinámica más académica, comprometida con la evaluación sistemática y la investigación empírica, de modo que tiene su origen en la **psicoterapia psicodinámica**, aunque ha integrado técnicas de otros modelos, como el cognitivo-conductual y el sistémico. Fonseca lo define por la **mentalización**, la capacidad de dar sentido a la conducta propia y ajena en términos de estados y procesos mentales.

1 El MBT ha incorporado técnicas del modelo cognitivo-conductual, pero el manual sitúa su origen en la psicoterapia psicodinámica.

2 Es la orientación de la que procede el MBT según el manual.

3 Las técnicas sistémicas se han integrado después, y el origen del modelo está en la psicoterapia psicodinámica.

4 La terapia gestáltica no aparece entre las fuentes teóricas del MBT que recogen los manuales.

Trampa. Las opciones 1 y 3 nombran modelos de los que el MBT ha tomado técnicas, lo que puede confundirse con su orientación de origen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 16, pág. 302. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, pág. 557.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

133

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Una de las características del programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) para el tratamiento de los trastornos de la personalidad es:

1. Se trata de un tratamiento individual.
2. La utilización de distintos formatos: individual, grupal y consultas telefónicas.
3. Su formato exclusivamente grupal. ✓
4. Su énfasis en la transferencia.

El programa STEPPS se aplica en formato exclusivamente grupal

García Palacios y Lorente presentan el **STEPPS** (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) como un protocolo de intervención psicológica con **formato grupal** para el trastorno de la personalidad límite, desarrollado por Nancee Blum en la Universidad de Iowa. Se compone de **20 sesiones**, una por semana, de unas **dos horas**, y las sesiones se asemejan más a un **seminario** que a una sesión de terapia grupal tradicional. El programa es compatible con recibir terapia individual, y sus autores recomiendan que el terapeuta individual conozca las habilidades que el participante va adquiriendo. Fonseca lo considera una aproximación prometedora en el trastorno de la personalidad límite.

1. El STEPPS es un protocolo grupal, compatible con una terapia individual que el participante reciba aparte.
2. La combinación de terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades y llamadas telefónicas es el formato estándar de la terapia dialéctico-conductual.
3. Es el formato que describe el manual.
4. El trabajo con la transferencia caracteriza a la psicoterapia centrada en la transferencia, un tratamiento psicodinámico basado en las relaciones objetales.

Ojo. El comentario de partida remite a Belloch y Fernández-Álvarez (2010), pág. 316, obra que no está en el corpus; el formato grupal y la estructura de 20 sesiones se comprueban en Díaz-Garrido et al. (vol. II, cap. 10).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 10 (García Palacios y Lorente Català), págs. 203, 205 y 207-208; cap. 9, pág. 188. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 560-561. Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Pág. 316 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

134

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los Trastornos de la personalidad clasificados en el grupo B?:

1. Antisocial, Narcisista, Límite e Histriónico. ✓
2. Narcisista, Paranoide, Límite y Antisocial.
3. Histriónico, Límite, Esquizoide y Paranoide.
4. Límite, Narcisista, Esquizoide y Paranoide.

El grupo B reúne los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista

El DSM-IV agrupa los diez trastornos de la personalidad en tres **grupos** según la similitud de sus características. El **grupo A** incluye el paranoide, el esquizoide y el esquizotípico, cuyos sujetos suelen parecer **raros o excéntricos**. El **grupo B** incluye el antisocial, el límite, el histriónico y el narcisista, que suelen parecer **dramáticos, emotivos o inestables**. El grupo C reúne el de evitación, el de dependencia y el obsesivo-compulsivo, ansiosos o temerosos. El DSM-5-TR mantiene los mismos grupos y advierte de que esta agrupación tiene serias limitaciones y no se ha validado de forma consistente.

1. Son los cuatro trastornos del grupo B.
2. El paranoide pertenece al grupo A.
3. El esquizoide y el paranoide pertenecen al grupo A.
4. El esquizoide y el paranoide pertenecen al grupo A.

> **Trampa.** Cada distractor mezcla trastornos del grupo B con los raros o excéntricos del grupo A, el paranoide y el esquizoide.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de la personalidad, págs. 645-646.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 132, PIR 2016 · n.º 119

135

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de estos elementos puede poner en riesgo la terapia cognitiva del TOC?:

1. Cuestionar las creencias disfuncionales en lugar del contenido de las obsesiones.
2. Que el terapeuta se convierta en fuente de reaseguración. ✓
3. Que se aplique el cuestionamiento cognitivo.
4. Evitar la primacía de los argumentos de autoridad por parte de terapeuta.

Que el terapeuta se convierta en fuente de reaseguro pone en riesgo la terapia cognitiva del TOC

El manual de Penadés et al. advierte que, al aplicar la **terapia cognitiva** del TOC, el terapeuta debe estar atento a no convertirse en una **fuente adicional de provisión de reaseguro**, y a que el paciente no utilice el cuestionamiento socrático, o los materiales psicoeducativos, como una nueva modalidad de **estrategia de neutralización**. Todas las técnicas comparten los principios del **cuestionamiento socrático** y el descubrimiento guiado. Además, no se trata de debatir con el paciente sobre el contenido de sus obsesiones, porque el objetivo es ayudarle a descubrir las **creencias disfuncionales** que están en su base.

1. Cuestionar las creencias disfuncionales, y no el contenido de las obsesiones, es el objetivo que marca el manual.
2. Es el riesgo que señala el manual.
3. El cuestionamiento cognitivo es el núcleo de la técnica, y el riesgo aparece solo si el paciente lo convierte en una nueva estrategia de neutralización.
4. Evitar los argumentos de autoridad encaja con el estilo de cuestionamiento socrático y descubrimiento guiado que comparten las técnicas.

Ojo. La lista completa de elementos que ponen en riesgo el tratamiento, con el debate convertido en una discusión basada en argumentos de autoridad, procede de Belloch, Cabedo y Carrió (2011, pág. 219), que cita el comentario de partida y no está en el corpus. Penadés (pág. 311) recoge las advertencias sobre el reaseguro y la neutralización.

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. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Alianza. Pág. 219 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

136

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 2

Cuando ocurre un suceso traumático, el riesgo mayor de cronificación de los síntomas se da en los casos en los que:

1. Se produce alteración del sueño.
2. Las personas muestran respuestas de embotamiento afectivo (anestesia emocional). ✓
3. Se observa una mayor hiperactivación en los primeros momentos.
4. No cuentan con grupos de autoayuda.

El embotamiento afectivo tras un trauma es el mayor riesgo de cronificación

Belloch señala que, en general, los factores más problemáticos para la recuperación son la inestabilidad emocional anterior al suceso y la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos. Cuando ocurre un suceso traumático, el **riesgo más alto de cronificación** de los síntomas aparece cuando las personas muestran respuestas de **embotamiento afectivo** (**anestesia emocional**). Aunque el sobresalto y la **hiperactivación** pueden ser lo más espectacular en los primeros momentos, lo peor es perder la capacidad de atender y responder emocionalmente al entorno habitual. Sobre los **grupos de autoayuda**, el manual dice que pueden ser muy significativos, pero solo para algunas personas.

1. La alteración del sueño no figura entre los indicadores negativos de recuperación que enumera el manual en ese apartado.
2. Es el indicador que el manual asocia al riesgo más alto de cronificación.
3. Belloch advierte que el sobresalto y la hiperactivación pueden ser lo más espectacular al principio, pero sitúa el mayor riesgo en la anestesia emocional.
4. Hay víctimas que se recuperan mejor con su red de apoyo social natural, y para ellas los grupos de autoayuda pueden ser incluso una rémora.

> **Para fijarlo.** El trauma que más se cronifica es el que deja a la persona sin sentir, más que el que la sobresalta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 122. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, págs. 333-334.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 124

137 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

En el tratamiento del Trastorno por Ansiedad Generalizada:

1. No se observan diferencias entre los resultados de la Terapia Cognitivo-Conductual y las benzodacepinas.
2. En el tratamiento con benzodacepinas hay un menor riesgo de recaída.
3. La combinación de Terapia Cognitivo-Conductual y benzodacepinas aporta considerables beneficios a los resultados.
4. La Terapia Cognitivo-Conductual se muestra superior al uso de benzodacepinas. ✓

En el TAG la terapia cognitivo-conductual se muestra superior a las benzodiacepinas

Capafóns y Alarcón, en la Guía de tratamientos eficaces, recogen estudios en los que la TCC obtiene mejores resultados que la farmacoterapia con **benzodiacepinas**: con lorazepam el cambio fue rápido pero disminuyó a las cuatro semanas, y el mayor beneficio fue para la TCC; con diazepam, a los seis meses la TCC mantenía las ganancias en el 70 por 100, frente al 40 por 100. Concluyen que la **TCC se muestra superior** al uso de las benzodiacepinas, mientras que estas **no parecen aportar beneficios** considerables cuando se usan junto a la TCC. Crespo, en la 4.ª edición de Vallejo, sitúa la TCC como **primera opción** terapéutica para el TAG, por encima del tratamiento farmacológico.

1. Los estudios que recoge la Guía encuentran diferencias a favor de la TCC.
2. Crespo cita altas tasas de recaída (60-80 %) en el primer año tras un tratamiento farmacológico breve, y Vallejo 2012 contrasta ese pobre mantenimiento con el de la TCC.
3. Según la Guía, las benzodiacepinas no parecen aportar beneficios considerables cuando se combinan con la TCC.
4. Es la conclusión de la Guía.

Ojo. Las fuentes no coinciden en el tamaño de la diferencia. Crespo (Vallejo 2023, pág. 247) dice que los pocos estudios que comparan ambos tratamientos parecen favorecer a la TCC, si bien sin diferencias significativas, lo que acerca la opción 1. Vallejo 2012 (pág. 288) escribe que el tratamiento farmacológico del TAG es igual de eficaz o, según el análisis, más eficaz a corto plazo, con un 60-80 % de recaídas en el año siguiente a dejarlo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) no compara TCC y benzodiacepinas.

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. 7 (Capafóns Bonet y Alarcón Aguilar), apdo. de tratamientos cognitivo-conductuales (edición digital sin paginar). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Crespo), págs. 244 y 247-248. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7, pág. 288. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 11.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

138

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

En el ámbito de los tratamientos de los Trastornos Fóbicos ¿cuál es la intervención que cuenta con mayor apoyo empírico?:

1. Las técnicas de Exposición a los estímulos fóbicos. ✓
2. La Psicoeducación respecto de las causas inconscientes de las fobias.
3. Los tratamientos combinados (Terapia Cognitivo-Conductual + benzodacepinas).
4. El reconocimiento de los pensamientos disfuncionales que mantienen las fobias.

La exposición a los estímulos fóbicos es la intervención con más apoyo en las fobias

Crespo, en el manual de Vallejo, concluye que los datos evidencian la eficacia de la **exposición** en el tratamiento de las **fobias específicas** y la sitúan como la **técnica de elección**, con mejores resultados para la exposición en vivo que para otras modalidades. La 2.ª edición del manual resume que la exposición en vivo es el tratamiento que cuenta con **más datos sobre eficacia**, superior al no tratamiento, al placebo y a intervenciones como la relajación o la reestructuración cognitiva, y que reduce el miedo, la evitación y las cogniciones amenazantes. En la tabla de evidencia de Fonseca, la exposición tiene nivel 1++ y **grado A** en la fobia específica.

1. Es la técnica de elección según el manual.
2. La psicoeducación sobre causas inconscientes no aparece entre los tratamientos con evidencia para las fobias que recogen los manuales.
3. Los tratamientos combinados con benzodiacepinas no figuran en la tabla de evidencia de Fonseca para las fobias, y la Guía advierte, en el trastorno de pánico, que las benzodiacepinas de alta potencia pueden interferir con las ganancias de la TCC.
4. La terapia cognitiva como tratamiento único solo se ha mostrado eficaz en la fobia dental y la claustrofobia, y añadirla a la exposición no mejora de forma significativa los resultados (Wolitzky-Taylor et al., 2008).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 5 (Crespo), pág. 172. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Bados), pág. 213. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 11, tabla 11.2, pág. 375. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 11 (Botella Arbona), apdo. de tratamientos combinados (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

139

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

En el modelo metacognitivo del tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Wells, la preocupación tipo 2 hace referencia a:

1 La preocupación social.

2 La preocupación sobre los propios procesos y sucesos cognitivos. ✓

3 La preocupación por las sensaciones físicas.

4 La preocupación por los sucesos traumáticos.

En el modelo metacognitivo de Wells la preocupación tipo 2 es la preocupación sobre la propia actividad cognitiva

Crespo resume que el **modelo metacognitivo** de Wells parte de dos tipos de preocupaciones: las de **tipo 1**, referidas a situaciones externas (trabajo, salud o familia) o a síntomas internos no cognitivos, como los físicos, y las de **tipo 2**, que son preocupaciones sobre los **procesos o sucesos cognitivos**, en particular sobre la propia preocupación, y por tanto una **metapreocupación** («no puedo parar de preocuparme»). Las de tipo 1 se activan por meta-creencias positivas sobre la utilidad de preocuparse, y las de tipo 2, por **meta-creencias negativas** acerca de su peligrosidad e incontrolabilidad. Wells incluye en el tipo 1 las preocupaciones sociales y las referentes a la salud física.

1. La preocupación social es, para Wells, una preocupación de tipo 1.
2. Es la definición de la preocupación tipo 2, o metapreocupación.
3. La preocupación por síntomas internos no cognitivos, como los físicos, es de tipo 1.
4. Los sucesos traumáticos no forman parte de esta distinción, que separa la preocupación por eventos externos o corporales de la preocupación por la propia preocupación.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) cita la terapia metacognitiva en el TAG, pero no describe los dos tipos de preocupación.

Para fijarlo. Tipo 1, me preocupa el mundo; tipo 2, me preocupa preocuparme.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Crespo), pág. 226. Wells, A. (2020). Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión. Desclée De Brouwer. Cap. 6, págs. 135 y 137.

EN EL ATLAS

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

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

En la terapia cognitiva del TOC, con qué tipo de obsesiones resulta más importante cuestionar la excesiva importancia dada a los pensamientos y la fusión pensamiento-acción tipo moral y tipo probabilístico?:

1. Con las obsesiones de contaminación.
2. Con las obsesiones reactivas.
3. Con las obsesiones autógenas. ✓
4. Con las obsesiones de duda.

La importancia de los pensamientos y la fusión pensamiento-acción son centrales en las obsesiones autógenas

Cruzado, en el manual de Vallejo, distingue con Lee y Kwon (2003) las obsesiones **reactivas**, evocadas por estímulos externos identificables (contaminación, accidentes, desorden), de las **autógenas**, que irrumpen abruptamente en la conciencia sin estímulos evocadores fáciles de determinar, se perciben como egodistónicas e incluyen pensamientos, imágenes o impulsos de tipo sexual, agresivo o religioso. En estas el paciente puede dar una gran importancia a los pensamientos y a sus efectos, mediante una **fusión pensamiento-acción** de tipo **moral** o **probabilístico**, y se las suele llamar **obsesiones puras**. Penadés recoge que la terapia cognitiva obtiene mejor respuesta en las autógenas que en las reactivas.

1. Las obsesiones de contaminación son reactivas, evocadas por estímulos externos identificables.
2. En las obsesiones reactivas los estímulos disparan pensamientos que se perciben como relativamente realistas y que se corrigen mediante la compulsión.
3. Es el tipo de obsesión en el que el manual sitúa la fusión pensamiento-acción moral y probabilística.
4. Las obsesiones de duda se agrupan con las reactivas, junto a las de contaminación, orden o enfermedad.

Ojo. Penadés (pág. 319) recoge que con la terapia cognitiva se recuperó el 73 % de los pacientes con obsesiones autógenas frente al 33 % con obsesiones reactivas. Belloch, Cabedo y Carrió (2011), que cita el comentario de partida, no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Cruzado), pág. 450. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 287, 289 y 319. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Alianza. Págs. 77 y 239 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

La terapia de Exposición Interoceptiva constituye uno de los componentes de los tratamientos psicológicos de:

1 La Distimia.

2 Los Trastornos Adaptativos.

3 El Trastorno Obsesivo-compulsivo.

4 El Trastorno de Pánico y Agorafobia. ✓

La exposición interoceptiva es un componente básico del tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia

Díaz García, en el manual de Vallejo, explica que entre los objetivos de la TCC en los **trastornos de angustia** están desensibilizar al paciente de los síntomas fisiológicos que acompañan a las crisis y reestructurar las interpretaciones catastrofistas sobre ellos, y que uno de los procedimientos más útiles es la **exposición interoceptiva**, considerada un **componente básico** de los programas cognitivo-conductuales para el pánico. Simula los síntomas de un **ataque de pánico** para que el paciente los experimente en un contexto controlado, y la inducción controlada y repetida de las sensaciones debilita la respuesta emocional ante ellas (**condicionamiento interoceptivo**).

1 La distimia es un trastorno depresivo, y los manuales describen la exposición interoceptiva como técnica para el miedo a las sensaciones corporales del pánico.

2 Los trastornos adaptativos tampoco tienen en esta técnica un componente característico, dirigida al miedo a las sensaciones corporales.

3 En el TOC el tratamiento de elección es la exposición con prevención de respuesta a los estímulos que evocan las obsesiones.

4 Es el trastorno para el que el manual la considera un componente básico.

Ojo. Fonseca (tabla 12.1, pág. 399) cuenta entre los componentes de la EPR del TOC que la exposición en imaginación puede potenciar la exposición cuando favorece la exposición interoceptiva, y Vallejo 2012 (pág. 243) recoge que se ha recomendado como complemento en algunas fobias específicas. Como componente característico, los manuales la sitúan en el trastorno de pánico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Díaz García), pág. 407. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Díaz García y Comeche), pág. 425; cap. 6 (Bados), pág. 243. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, tabla 12.1, pág. 399.

EN EL ATLAS

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

142

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Respecto del programa de tratamiento de control del Pánico del grupo de Barlow ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

1. La Exposición con Prevención de Respuesta solo debe aplicarse si existe un Trastorno obsesivo comórbido.
2. El elemento principal es la combinación de técnicas psicológicas como la Reestructuración Cognitiva junto con el tratamiento farmacológico.
3. El trabajo cognitivo de identificar y retar las interpretaciones erróneas es el componente principal de este programa.
4. El hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las que experimenta en sus ataques de pánico tiene una importancia central en este programa. ✓

El programa de control del pánico de Barlow da una importancia central a la exposición interoceptiva

Díaz García describe el **programa de tratamiento para el control del pánico** de Barlow como la intervención cognitivo-conductual más estudiada para el trastorno de angustia con agorafobia comórbida, un protocolo manualizado que combina educación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva y **exposición interoceptiva y en vivo**. El programa da especial relevancia al componente educativo y una **importancia central** al hecho de exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas similares a las de sus ataques de pánico, tanto para habituarlo como para reestructurar las ideas catastrofistas. El programa de **Clark**, en cambio, ayuda sobre todo a identificar y retar las **interpretaciones erróneas**.

1. La exposición con prevención de respuesta es el tratamiento del TOC, y el programa de Barlow combina educación, respiración, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva y en vivo.
2. El programa es un protocolo psicológico; el manual menciona su adaptación a la atención primaria en un contexto de tratamiento combinado con psicofármacos, pero su elemento central es la exposición interoceptiva.
3. Identificar y retar las interpretaciones erróneas es el componente cognitivo que destaca el programa de Clark.
4. Es lo que dice el manual del programa de Barlow.

> **Trampa.** Los programas de Barlow y de Clark usan procedimientos casi iguales; la diferencia está en el elemento que cada uno pone en el centro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Díaz García), págs. 400-402. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Díaz García y Comeche), págs. 417-419.

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

143

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

En la actualidad, los tratamientos más eficaces para el TOC son:

1. Las Terapia Cognitivo-Conductuales y las benzodacepinas.
2. La exposición con prevención de respuesta y los neurolépticos atípicos.
3. Las terapias psicológicas de nueva generación y los antidepresivos noradrenérgicos.
4. La exposición con prevención de respuesta, las terapias cognitivas y los inhibidores de la recaptación de serotonina. ✓

Los tratamientos más eficaces del TOC son la EPR, la terapia cognitiva y los inhibidores de la recaptación de serotonina

Cruzado, en el manual de Vallejo, afirma que en la actualidad los tratamientos más eficaces para el TOC son la **exposición y prevención de respuesta** (EPR), en combinación con la **terapia cognitiva**, y que la EPR, altamente efectiva en el 75 % de los casos, funciona sobre todo en las obsesiones reactivas con compulsiones manifiestas. En el tratamiento farmacológico, los **inhibidores de la recaptación de serotonina** (clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, escitalopram y sertralina) son eficaces y dan mejor resultado combinados con la exposición. Fonseca (Base del tema) considera la EPR el **tratamiento bien establecido** e incluye en esa categoría la TCC, porque incorpora la EPR.

1. Cruzado no incluye las benzodiacepinas entre los fármacos eficaces del TOC, que agrupa en el apartado de los inhibidores de la recaptación de serotonina.
2. Los neurolépticos atípicos tampoco están en esa lista de fármacos eficaces.
3. Fonseca sitúa la terapia metacognitiva y la ACT como probablemente eficaces y la terapia basada en mindfulness, en fase experimental, por debajo de la EPR.
4. Es la combinación que el manual presenta como la más eficaz.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Cruzado), págs. 472 y 475. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 395 y 399. 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. 278.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

144

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

En el Trastorno por Estrés Postraumático:

1. Tanto la exposición prolongada como la reestructuración cognitiva resultan igualmente eficaces. ✓
2. Solo resulta eficaz la reestructuración cognitiva.
3. La relajación de Jacobson muestra una mayor eficacia que la reestructuración cognitiva.
4. Solo resulta eficaz la exposición breve debido a la dificultad de procesar el trauma.

En el TEPT la exposición prolongada y la reestructuración cognitiva son igualmente eficaces

Fonseca señala que la TCC proporciona técnicas eficaces para el **TEPT** y que la **exposición prolongada** (EP) y la **reestructuración cognitiva** (RC) son las más eficaces para reducir sus síntomas en víctimas de agresiones sexuales u otros traumas. Las guías que recoge Penadés (ISTSS, APA y NICE) sitúan entre los **tratamientos de primera elección** tanto la terapia de exposición prolongada como la terapia cognitiva y la de procesamiento cognitivo. Vallejo 2012 añade que la exposición es la terapia con mayor apoyo empírico, pero que en algunos casos la **terapia cognitiva** es el tratamiento de elección por las variables o preferencias del paciente.

1. Es la conclusión que se desprende de los manuales, que sitúan ambas técnicas entre las más eficaces.
2. La exposición prolongada también es eficaz, y Fonseca la presenta junto a la reestructuración cognitiva como las técnicas más eficaces.
3. En el estudio de Taylor et al. (2003) la exposición fue superior a la relajación en todas las variables, y la NICE desaconseja ofrecer técnicas de relajación a las personas con síntomas de TEPT.
4. La exposición recomendada es la prolongada, y Fonseca recoge que su versión masiva y la estándar se mostraron igualmente eficaces.

Ojo. Ninguno de los capítulos consultados dice con esas palabras que la terapia cognitiva sea igual de eficaz que la exposición. Vallejo 2012 (págs. 555 y 560) da a la exposición el mayor apoyo empírico y presenta la terapia cognitiva como de eficacia refrendada; la clave se apoya en que Fonseca y las guías que recoge Penadés sitúan ambas al mismo nivel.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 413-415, 418 y 425. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 12, cuadro 12.1, pág. 262. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 11 (Mas Hesse), págs. 555 y 560.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 126

145

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

Uno de los problemas que se asocia al tratamiento de exposición con prevención de respuesta para el TOC es que:

1. En torno a un 25% de los pacientes no se adhiere al tratamiento. ✓
2. Es menos eficaz para las obsesiones con compulsiones manifiestas.
3. La combinación con tratamiento farmacológico empeora el resultado.
4. Las tasas de recaídas son superiores al 50%.

En torno a un 25 % de los pacientes con TOC no se adhiere a la exposición con prevención de respuesta

Caballo recoge que la **exposición con prevención de respuesta** es el tratamiento de primera elección del TOC, con una eficacia muy alta (en torno al 75 por 100), mayor en las obsesiones reactivas con **compulsiones manifiestas** y menor en las autógenas o puras, y advierte que un **25 por 100 de pacientes no se adhiere** al tratamiento. Cruzado, en el manual de Vallejo, da una frecuencia de **recaídas del 12 %** y precisa que el tratamiento farmacológico da mejor resultado combinado con la exposición, aunque la exposición sola es mejor que combinada con fármacos. Fonseca añade que la combinación de psicofármacos y EPR **no es superior** a la EPR sola.

1. Es la advertencia que hace Caballo.
2. La EPR es más eficaz en las obsesiones reactivas con compulsiones manifiestas que en las autógenas o puras.
3. Fonseca dice que la combinación con psicofármacos no es superior a la EPR sola, una conclusión más débil que la de que empeore el resultado.
4. Las recaídas rondan el 12 %, muy por debajo del 50 %.

Ojo. Las cifras cambian entre manuales. Vallejo 2012 (pág. 484) estimaba en un 20 % los pacientes que rechazan la EPR y en un 25 % los que no mejoran; la 4.ª edición (pág. 473) da un 10,4-15,9 % de abandonos y un 15,6 % de rechazos, y Fonseca (pág. 399), un 15,6 % de rechazos y un 15,9 % de abandonos de la TCC. Cruzado (pág. 475) escribe que la exposición sola es mejor que combinada con fármacos, lo que acerca la opción 3, mientras que Fonseca (pág. 395) solo dice que la combinación no es superior.

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, pág. 278. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Cruzado), págs. 472-473 y 475. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 10 (Cruzado), pág. 484. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 395 y 399.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Caballo no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Los tratamientos cognitivos de la Fobia Social tienen entre sus principales objetivos:

1. La disminución de la rumiación depresiva, ya que es la principal causa de la ansiedad social.
2. Eliminar expectativas negativas de pérdida de control sobre la propia conducta. ✓
3. El incremento de la motivación para el cambio, especialmente afectada en estos pacientes.
4. Mejorar la autoobservación y los autorregistros.

Eliminar las expectativas de pérdida de control sobre la propia conducta es un objetivo de la terapia cognitiva de la fobia social

Salaberría y Echeburúa, en la Guía de tratamientos eficaces, explican que los tratamientos cognitivos más utilizados en la **fobia social** han sido la terapia racional emotiva de Ellis y, sobre todo, la **terapia cognitiva de Beck**, y enumeran sus objetivos: 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 de ansiedad, suprimir los pensamientos reiterados sobre las consecuencias temidas, crear la necesidad de ser activo y frenar las **metas perfeccionistas**. Las técnicas cognitivas deben aplicarse integradas con la **exposición**.

1. La rumiación depresiva no aparece entre los objetivos de la lista ni se presenta como causa de la ansiedad social.
2. Es el primer objetivo de la lista.
3. El incremento de la motivación para el cambio no figura entre los cinco objetivos.
4. La identificación y el registro de pensamientos son uno de los puntos de la terapia cognitiva, y no uno de sus objetivos.

> **Ojo.** La lista de objetivos procede de Heimberg y Barlow (1988) a través de la Guía; no aparece en la Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) ni en las otras obras del corpus consultadas.

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 Irízar y Echeburúa Odriozola), apdo. de terapias cognitivas (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

147 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de estas afirmaciones referidas al procedimiento de extinción es INCORRECTA?:

1. La extinción es más rápida cuanto más evidente es la relación de contingencia entre la respuesta que queremos eliminar y su consecuencia.
2. La extinción es más rápida cuanto menos intensos son los refuerzos a los que está asociada la respuesta que queremos eliminar.
3. La extinción es más lenta cuanto menos esfuerzo cuesta emitir la respuesta que queremos eliminar.
4. La extinción es más rápida cuando la respuesta a eliminar ha estado sometida a un programa de reforzamiento intermitente. ✓

Tras un reforzamiento intermitente la extinción es más lenta

Díaz y Ruiz definen la **extinción** como dejar de reforzar una conducta previamente reforzada y señalan que su eficacia depende de varias variables. Una es el **programa de reforzamiento**: cuando ha sido continuo, la extinción suele ser más rápida que cuando ha sido **intermitente**, y cuanto mayor es la razón o el intervalo, mayor es la resistencia a la extinción. Otra es la **cantidad de reforzador** y el tiempo durante el que se ha suministrado, porque cuanto mayores son, mayor es la resistencia. La opción 4 invierte el **efecto del reforzamiento parcial**, y por eso es la afirmación incorrecta. El manual describe también el estallido de la extinción y la recuperación espontánea.

1. La hipótesis de la discriminación que recoge Domjan explica que la ausencia de refuerzo se detecta antes cuando la relación con la consecuencia ha sido constante, lo que encaja con una extinción más rápida.
2. Díaz y Ruiz señalan que cuanto mayor es la cantidad de reforzador, mayor es la resistencia a la extinción, de modo que los refuerzos menos intensos la facilitan.
3. El comentario de partida, apoyado en Labrador (2008), cuenta el mayor esfuerzo de la respuesta entre las variables que facilitan la extinción, de modo que una respuesta poco costosa se extingue más despacio.
4. Es la afirmación incorrecta, porque el reforzamiento intermitente produce conductas más resistentes a la extinción.

Ojo. Domjan (págs. 323 y 331) describe el efecto paradójico de la magnitud del reforzamiento, por el que la respuesta disminuye más rápido en extinción tras un reforzador grande, sobre todo con reforzamiento continuo; Díaz y Ruiz (pág. 180) dicen lo contrario sobre la cantidad de reforzador, que es la versión en la que se apoya la opción 2. El papel del esfuerzo de la respuesta (opción 3) procede de Labrador (2008, págs. 315-316), obra que no está en el corpus y que cita el comentario de partida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 170 y 179-180. Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 9, págs. 323, 325 y 331. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Págs. 315-316 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

148

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son las características distintivas de las “Terapias Contextuales”:

1. La relevancia que dichas terapias confieren al contexto, a la conducta verbal y a las funciones de las conductas más que a su forma. ✓
2. La centralidad concedida por dichas terapias al contexto emocional como principal factor causal de las conductas problema.
3. La consideración de variables hasta ahora no tenidas en cuenta como las motivaciones, los intereses, la historia de aprendizaje y los valores del cliente, entre otras variables contextuales.
4. El rechazo explícito que estas terapias manifiestan ante los factores cognitivos, a los cuales se considera como meros epifenómenos, independientes del contexto.

Las terapias contextuales dan peso al contexto, a la conducta verbal y a la función de la conducta más que a su forma

Díaz y Ruiz explican que el **enfoque contextual** toma su nombre del **contextualismo funcional**, que enfatiza el peso del contexto en la determinación y explicación de la conducta, y que de él surgen las terapias de tercera generación. Estas terapias focalizan su interés en la **función psicológica** de los eventos privados, como el pensamiento, más que en eliminarlos o cambiarlos, e intervienen alterando los **contextos verbales** en los que esos eventos resultan problemáticos. Vallejo 2012 enumera entre sus rasgos considerar las **funciones de las conductas** por encima de las conductas en sí y la importancia del contexto, y Fonseca recuerda que la mirada funcional atiende a la función adquirida más que a la forma física o topografía.

1. Recoge el contexto, la conducta verbal y la función frente a la forma, rasgos que comparten los manuales.
2. Vallejo 2012 destaca las emociones por la importancia de experimentarlas, y el peso causal que subrayan los manuales corresponde al contexto en su conjunto, incluido el verbal.
3. Vallejo 2012 advierte que estos rasgos no son nuevos en la terapia de conducta, aunque sí habían sido desatendidos, y la historia de aprendizaje ya formaba parte del análisis funcional.
4. Vallejo 2012 dice que estas terapias están más cerca de las técnicas conductuales, sin que esto suponga un rechazo de las técnicas cognitivas.

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. 1, pág. 78; cap. 11, pág. 552. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 2 (Vallejo Pareja), págs. 33-34. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, pág. 169.

EN EL ATLAS

Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Díaz y Ruiz (Ampliación).

149 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 4

¿En cuál de las siguientes afirmaciones se expresa mejor el principio de Premack?:

1. A efectos de que pueda personalizarse y generalizarse mejor el aprendizaje a los contextos naturales resulta muy pertinente el utilizar la actividad como reforzador.
2. Tiene que ver con el principio de parsimonia en el sentido de que es mejor utilizar un refuerzo primario, como la propia actividad, que recurrir a otros más complejos.
3. Es un principio que establece el componente que precede (Premack) a la máxima efectividad de un reforzador.
4. De las actividades que realiza un individuo, la más probable puede utilizarse como reforzador de la menos probable. ✓

La actividad más probable refuerza la menos probable

Díaz, Ruiz y Villalobos incluyen las **actividades reforzantes** entre los tipos de reforzadores y recogen el **principio de Premack** (1965): si en el repertorio de una persona hay dos respuestas, una con **alta probabilidad de aparición** (merendar) y otra con **baja probabilidad** (recoger el cuarto), la primera puede utilizarse como reforzador de la segunda. El manual añade que también sirven como reforzadores actividades no especialmente gratificantes, siempre que se realicen con frecuencia, y lo ilustra con el experimento en que Premack reforzó estar quietos y atentos dejando a los niños saltar y correr.

1. Usar actividades como reforzadores es posible, como recoge el manual, pero la opción no dice qué actividad refuerza a cuál, que es lo que define el principio.
2. El manual llama reforzadores primarios a los asociados a necesidades básicas, como la comida o la bebida, y trata las actividades reforzantes como un tipo distinto. El principio no habla de parsimonia.
3. La frase juega con el nombre del autor y no describe ningún principio recogido en el manual.
4. Es la formulación del principio: la respuesta de alta probabilidad refuerza la de baja probabilidad.

Ojo. El comentario de partida cita la edición de 2012 del manual (pág. 160). En la edición de 2017, vigente en el Atlas, el enunciado del principio está en un recuadro de la pág. 165 que solo se lee en la imagen.

Para fijarlo. Primero la tarea poco frecuente y después la frecuente: recoger el cuarto antes de merendar.

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. 2.1, págs. 164-166.

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

150

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la CORRECTA respecto al coste de respuesta y la extinción como procedimientos operantes para la reducción y/o eliminación de una conducta? :

1. El coste de respuesta es un tipo de extinción que implica una manera de eliminar la conducta retirando una determinada estimulación positiva para la persona.
2. La extinción es un tipo de coste de respuesta especial en el que la conducta se elimina por completo.
3. El coste de respuesta implica la retirada de un estímulo apetitivo, mientras que la extinción implica la retirada de los estímulos que mantienen una determinada respuesta. ✓
4. La extinción produce la desaparición completa de la respuesta mientras que el coste de respuesta siempre mantiene la respuesta en tasas bajas.

El coste de respuesta retira un reforzador y la extinción deja de reforzar

Díaz, Ruiz y Villalobos definen la **extinción** como dejar de reforzar una conducta previamente reforzada; para que funcione deben estar identificados y retirarse los reforzadores que la mantienen. El **coste de respuesta** es, en cambio, una forma de **castigo negativo**: la pérdida de un reforzador positivo del que dispone la persona, como los puntos del carné de conducir tras una infracción. Las dos técnicas sirven para reducir conductas, pero operan de forma distinta, y ninguna es un subtipo de la otra. Del proceso de extinción el manual subraya que es **gradual** y que puede ir precedido de un estallido.

1. El coste de respuesta es un castigo negativo, la retirada de un reforzador positivo del que se dispone; el manual no lo presenta como un tipo de extinción.
2. La extinción consiste en dejar de reforzar la conducta y el manual la trata como técnica propia, separada del castigo.
3. Recoge la diferencia del manual: en el coste de respuesta se pierde un reforzador positivo y en la extinción se retiran los reforzadores que mantenían la conducta.
4. El manual describe la extinción como un proceso gradual con posibles estallidos y recuperación espontánea; no le atribuye la desaparición completa frente a un coste de respuesta que mantenga siempre tasas bajas.

Ojo. El comentario de partida cita también a Labrador (2008), págs. 315 y 325, obra que no está en el corpus; las definiciones se han comprobado en Díaz, Ruiz y Villalobos (2017).

Trampa. Las opciones 1 y 2 presentan una técnica como subtipo de la otra; son procedimientos distintos que comparten el objetivo de reducir la conducta.

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. 5.2 y 5.3.2, págs. 179-180 y 183-184.

EN EL ATLAS

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

151

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Respuesta correcta: 3

Desde los modelos psicodinámicos, la experiencia emocional correctora (Alexander y French), se caracteriza por:

1. Re-experimentar situaciones del pasado, evitando la transferencia.
2. Revivir de nuevo un suceso traumático en toda su intensidad.
3. Re-experimentar situaciones traumáticas o vínculos deficitarios y corregirlos a través de la transferencia. ✓
4. Un aprendizaje racional del suceso vivido, sin conexión emocional.

La experiencia emocional correctiva repara vínculos traumáticos a través de la transferencia

Rojí y Saúl definen la **experiencia emocional correctora** como la expresión acuñada por **Alexander y French** (Escuela de Chicago) para describir que en la relación terapéutica el paciente tiene la oportunidad de **reexperienciar situaciones o vínculos deficitarios o traumáticos** y de corregirlos de forma satisfactoria a través de la relación con el terapeuta, **a través de la transferencia**. Rodríguez Morejón añade que se busca que el paciente viva **en una situación favorable** una emoción que hasta entonces había evitado, y Feixas y Miró la recogen como un proceso común de las psicoterapias.

1. La corrección se produce a través de la transferencia, según la definición de Rojí y Saúl.
2. Los manuales hablan de reexponer al paciente a esas situaciones en circunstancias más favorables; ninguno propone revivir el suceso en toda su intensidad.
3. Es la definición del glosario de Rojí y Saúl.
4. La propuesta es una experiencia emocional; un aprendizaje racional sin conexión emocional es lo contrario de lo que plantean Alexander y French.

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. 3, apdo. 3 y glosario (edición digital sin paginación impresa). Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 4, pág. 146. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 5, pág. 375.

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rojí y Saúl (Ampliación) y Morejón (Base).

152

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes preguntas es un ejemplo de “pregunta circular” en la Terapia Familiar Sistémica?:

1. ¿Cómo se encuentra?
2. ¿Quién se preocupa más por su depresión? ✓
3. ¿Cuándo va a hacerse cargo de su vida y buscar un trabajo?
4. ¿Cómo se llama?

La pregunta circular compara a los miembros de la familia en torno al problema

Rojí y Saúl definen el **cuestionamiento circular** como preguntas hechas a un miembro del sistema familiar sobre la relación entre otros dos miembros, o que le invitan a especular cómo reaccionará uno de ellos ante un problema; están ideadas para **revelar relaciones y diferencias** en las relaciones. Feixas y Miró parten de la idea de Bateson de que la información es **una diferencia que produce una diferencia** y dan ejemplos en su tabla 19. Uno de ellos, dentro de los **escalamientos**, coincide casi palabra por palabra con la opción correcta: «¿Quién es el que está más preocupado por la enfermedad de X?».

1. Pregunta por el estado de una sola persona sin compararla ni relacionarla con nadie; los manuales llaman lineales a las preguntas que rastrean información sobre los individuos.
2. Compara a los miembros de la familia en su preocupación por el problema, como el ejemplo de escalamiento de Feixas y Miró.
3. Es una exhortación que señala al paciente como responsable; no explora diferencias ni relaciones entre miembros del sistema.
4. Es una pregunta de identificación sin contenido relacional.

Ojo. Moreno (2015, cap. 6, pág. 185) recoge la clasificación de Tomm, que distingue las preguntas lineales (quién hizo qué, dónde, cuándo y por qué) de las circulares, que exploran los patrones de influencia recíproca entre personas.

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, glosario (edición digital sin paginación impresa). Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, tabla 19, págs. 276-277. Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 6, apdo. 4.2.1, pág. 185.

EN EL ATLAS

Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Rojí y Saúl (Base) y Moreno Sistémica (Ampliación).

153 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F3 · Enfoques eclécticos e integradores

Respuesta correcta: 1

La Selección Sistemática de Tratamientos (Beutler y Harwood, 2000) plantea que para que un tratamiento sea más beneficioso, debe tenerse en cuenta la relación entre diferentes variables del paciente y determinadas características del tratamiento ¿Cuál de las siguientes características del tratamiento está relacionada con la resistencia del paciente?:

1 Directividad. ✓

2 Duración.

3 Intensidad.

4 Formato.

La reactancia del paciente decide cuánta directividad conviene

En la **selección sistemática de tratamientos** de Beutler y Harwood (2000), cada variable del paciente se empareja con una característica de la intervención. Gimeno lo resume así: la **gravedad** orienta la intensidad del tratamiento, el **estilo de afrontamiento** decide si el foco está en los síntomas o en la toma de conciencia, y el **nivel de reactancia** decide la **directividad**: con reactancia alta convienen intervenciones indirectas o incluso paradójicas, y con reactancia baja, un estilo más directivo. Feixas y Miró definen la reactancia como la tendencia a resistir la influencia interpersonal y la cruzan con el afrontamiento en su tabla 24.

1 Es la característica que Beutler empareja con la reactancia, como recogen Gimeno, Penadés y Feixas y Miró.

2 Penadés asocia la mayor severidad a dispositivos de tratamiento más complejos y más largos, de modo que la duración se ajusta a la gravedad.

3 La intensidad se ajusta a la gravedad del caso: los casos leves se benefician de intervenciones menos intensas, según Gimeno.

4 Ninguno de los manuales relaciona el formato del tratamiento con la reactancia.

TABLA 24. TIPO DE PSICOTERAPIA A EMPLEAR SEGÚN EL NIVEL DE REACTANCIA Y ESTILO DE AFRONTAMIENTO DEL CLIENTE

	«Internalizador»	«Externalizador»
Alta reactancia	no directiva, centrada en el conflicto (ej.: psicoanalítica, rogeriana)	no directiva, centrada en el síntoma (ej.: paradójica, autoayuda)
Baja reactancia	directiva, centrada en el conflicto (ej.: guestáltica)	directiva, centrada en el síntoma (ej.: conductual, cognitiva)

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 5, tabla 24, pág. 366

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.18, págs. 154-155. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 122. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 5, págs. 364-366.

EN EL ATLAS

Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores. Se estudia con Gimeno (Ampliación) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 167

154 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Según Bordin, el acuerdo en objetivos, el acuerdo en tareas y el vínculo emocional positivo son los tres componentes de:

1 La transferencia.

2 La alianza terapéutica. ✓

3 La relación terapéutica.

4 El proceso terapéutico.

Objetivos, tareas y vínculo son los tres componentes de la alianza de Bordin

Gimeno recuerda que se suele aceptar la definición de **Bordin** (1979), que propuso un modelo de la **alianza terapéutica** formado por tres componentes: el **vínculo emocional** entre clínico y consultante, el **acuerdo en las metas** (lo que se busca cambiar) y el **acuerdo en las tareas** (los métodos para lograrlo). Fonseca la llama definición tripartita y la sitúa en la base de la alianza como factor común con mayor apoyo empírico. Feixas y Miró añaden que Bordin defendió que la noción, nacida en el psicoanálisis, es generalizable a los demás modelos.

1 La transferencia es un concepto psicoanalítico distinto; Bordin parte de la noción de alianza, que se originó en el psicoanálisis, pero sus tres componentes la definen a ella.

2 Es el modelo tripartito de la alianza de Bordin.

3 La relación terapéutica es un concepto más amplio, del que la alianza es uno de los elementos.

4 El proceso terapéutico abarca todo el curso de la terapia y no se define por estos tres componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.2, pág. 115. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 76. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 1, pág. 29.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base) y Fonseca Adultos (Ampliación).

155 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

Según Lambert (1986, 1992) ¿cuál es el porcentaje de cambio del paciente explicado por los factores comunes/relación terapéutica?:

1 Sobre un 5%.

2 Sobre un 15%.

3 Sobre un 30%. ✓

4 Sobre un 70%.

Lambert atribuye a los factores comunes un 30 % del cambio

Feixas y Miró reproducen la figura de **Lambert** (1992) sobre la contribución relativa de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia: el **cambio extraterapéutico** explica un 40 %, los **factores comunes** un **30 %**, las **expectativas** (efecto placebo) un 15 % y las **técnicas** otro 15 %. Fonseca recoge el mismo dato con una cita posterior: algunos autores indican que los factores comunes podrían explicar en torno al 30 por 100 de la varianza de los resultados (Lambert, 2013), aunque otros cuestionan ese porcentaje.

1. Ningún apartado de la figura de Lambert tiene un 5 %.
2. El 15 % corresponde, en la figura, a las técnicas y al efecto placebo.
3. Es el porcentaje que Lambert asigna a los factores comunes.
4. Un 70 % es la suma del cambio extraterapéutico y los factores comunes, pero no corresponde a ningún factor aislado.

FIGURA 6. CONTRIBUCIÓN RELATIVA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RESULTADO DE LA PSICOTERAPIA (SEGÚN LAMBERT, 1992)

Factor	Contribución	Leyenda
Cambio extraterapéutico	40 %	Factores que forman parte del cliente (p.ej., personalidad) o de su entorno (p.ej., acontecimientos fortuitos, apoyo social), que contribuyen a la mejoría independientemente de la psicoterapia
Factores comunes	30 %	Incluyen un conjunto de variables que se encuentran en muchas terapias independientemente de su orientación teórica (p.ej., empatía, calidez, aceptación, animar al cliente a aceptar riesgos, etc.)
Expectativas (efecto placebo)	15 %	Proporción de cambio que resulta del hecho de que el cliente sabe que se le va a ayudar y que deriva de la credibilidad que generan técnicas o explicaciones específicas
Técnicas	15 %	Procedimientos específicos de una psicoterapia (p.ej., biofeedback, desensibilización sistemática, interpretación, etc.)

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 4, figura 6, pág. 318

Ojo. La revisión de Norcross y Lambert (2019), que recoge Gimeno (cap. 1, figura 1.1, pág. 41), reparte la varianza de otra forma: un 35 % sin explicar, un 30 % aportado por el paciente y un 15 % por la relación terapéutica. Las cifras de la pregunta son las de Lambert (1992).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4, figura 6, pág. 318. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 74.

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).

Respuesta correcta: 3

La introducción de una técnica de desvanecimiento en un programa de economía de fichas entrañaría:

1. Disminuir el tiempo entre ejecución de la conducta y la entrega de las fichas.
2. Disminuir el número de fichas necesario para ganar los reforzadores.
3. Incrementar el tiempo entre ejecución de la conducta y entrega de las fichas. ✓
4. Entregar de forma aleatoria las fichas inmediatamente después de la ejecución de las conductas objetivo.

Para desvanecer la economía de fichas se alarga la demora entre conducta y ficha

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que al principio de un programa de **economía de fichas** conviene entregar las fichas con mucha frecuencia y **poca demora** tras la conducta, y canjearlas rápido. A medida que avanza el programa interesa que las fichas **se acumulen**, para que adquieran más valor simbólico y dependan menos del reforzador tangible, y el programa debe **retirarse paulatinamente**, transfiriendo su valor a la propia conducta (autorrefuerzo) y al refuerzo social. Si no se hace así, la conducta solo se mantiene mientras dura el programa. Incrementar el tiempo entre la conducta y la entrega de fichas va en esa dirección de retirada gradual.

1. Reducir la demora es lo propio del inicio del programa, cuando se establece la conducta.
2. Hacer más fácil el canje mantiene la dependencia del reforzador tangible; en la lista de Labrador (2008), citada en la pregunta, lo que se hace es aumentar el número de fichas necesario.
3. Alargar la demora entre la conducta y la entrega de fichas forma parte de la retirada paulatina del programa.
4. La entrega inmediata tras la conducta corresponde a las primeras fases; el manual no habla de entregas aleatorias para retirar el programa.

Ojo. La lista de estrategias de desvanecimiento (aumentar el tiempo entre la conducta y la entrega de fichas, el tiempo para el canje, las exigencias y el número de fichas necesario) procede de Labrador (2008, pág. 346), que no está en el corpus. Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) solo describen la demora inicial corta, la acumulación de fichas y la retirada paulatina.

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. 6, págs. 189-191. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 346 (no está en el corpus).

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

157 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Qué tipo de error cognitivo consiste en atribuirse uno mismo la responsabilidad de errores o hechos externos aunque no haya base para ello?:

1 Autoreferencia.

2 Personalización. ✓

3 Pensamiento absolutista.

4 Autoatribución.

La personalización consiste en atribuirse sucesos externos sin base

Belloch, Sandín y Ramos recogen en su tabla 8.1 los **errores cognitivos** que postuló Beck (1979) para explicar la depresión. Definen la **personalización** como la **tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme** para ello, con el ejemplo del empleado que interpreta como desconfianza una norma general de su nuevo jefe. En la misma tabla figuran la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, la magnificación y minimización y el **pensamiento absolutista y dicotómico**. Díaz, Ruiz y Villalobos incluyen la personalización entre las seis distorsiones de los primeros escritos de Beck (1967).

1 Belloch describe la autorreferencia entre los trastornos formales del pensamiento de Andreasen: el paciente lleva constantemente el discurso hacia sí mismo.

2 Es la definición de la tabla 8.1 de Belloch.

3 El pensamiento absolutista y dicotómico es la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas.

4 La autoatribución no figura entre los errores cognitivos de Beck que recogen los manuales.

Trampa. Autorreferencia y autoatribución suenan parecidas a la definición, pero el nombre del error es personalización.

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 8.1, pág. 240, y apdo. de autorreferencia, pág. 237. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, pág. 393.

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

158 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona

Respuesta correcta: 3

Según Carl Rogers ¿cuáles son los tres componentes del terapeuta que facilitan el cambio terapéutico del paciente?:

1 Empatía, totalidad y compromiso.

2 Reflexividad, alianza y autoconocimiento.

3 Empatía, autenticidad y la aceptación positiva incondicional. ✓

4 Reflexividad, aceptación y transferencia.

Rogers exige del terapeuta empatía, autenticidad y aceptación incondicional

Rodríguez Morejón recoge las condiciones que Rogers (1959) consideró necesarias para el cambio. Del terapeuta se requiere que esté en estado de **congruencia**, es decir, que sea **auténtico** en la relación; que muestre **consideración positiva** hacia el cliente, basada en la **aceptación incondicional** y la ausencia de juicios; y que tenga una **comprensión empática** de su marco de referencia interno. El manual insiste en que lo que ayuda es mantener en el tratamiento estas tres condiciones, y en que el cliente debe percibir la consideración positiva y la comprensión empática del terapeuta.

1 La empatía es una de las tres, pero «totalidad» y «compromiso» no son condiciones rogerianas.

2 La alianza es el concepto de Bordin; la reflexividad y el autoconocimiento no figuran entre las tres condiciones.

3 Son las tres actitudes del terapeuta que recoge Rodríguez Morejón.

4 La transferencia es un concepto psicoanalítico, ajeno a la terapia centrada en la persona.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 6, apdo. 4.3, págs. 172-173.

EN EL ATLAS: Tema F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona. Se estudia con Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 88

159 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D16 · Diabetes

Respuesta correcta: 2

¿Qué enfermedad precisa del aporte diario de insulina debido a que las células beta pancreáticas no la segregan o lo hacen de modo insuficiente, y además suele aparecer en la infancia-adolescencia?:

1 Fibrosis quística.

2 Diabetes tipo I. ✓

3 Diabetes tipo II.

4 Pancreatitis.

La diabetes tipo I depende de la insulina exógena y empieza en la infancia o la adolescencia

Belloch, Sandín y Ramos definen la **diabetes** como una alteración del metabolismo de la glucosa por una actividad insulínica deficiente, porque las **células beta del páncreas** secretan niveles insuficientes de insulina o porque la insulina no se utiliza de forma efectiva. La **diabetes tipo I**, o dependiente de la insulina, es un trastorno propio de la **infancia y la adolescencia**, con inicio hacia los 12 años; el organismo no genera insulina endógena y el paciente depende de la administración de **insulina exógena**. La **diabetes tipo II** suele empezar en la edad adulta, a menudo con obesidad, y no requiere insulina exógena.

1 La CIE-11 describe la fibrosis quística como un trastorno genético con sudor muy salado y secreciones mucosas de viscosidad anormal, sobre todo respiratorio.

2 Cumple los tres rasgos del enunciado: dependencia de insulina exógena, déficit de las células beta e inicio en la infancia o la adolescencia.

3 La diabetes tipo II suele empezar en la edad adulta y no necesita insulina exógena.

4 La CIE-11 define la pancreatitis aguda como una inflamación del páncreas de aparición súbita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, apdo. X, pág. 354. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. CA25 y DC31.

EN EL ATLAS: Tema D16 · Diabetes. Se estudia con Belloch 2008 (Base).

160

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 1

Desde la perspectiva sistémica, los síntomas se consideran:

1. Una expresión de la disfunción familiar sistémica. ✓
2. Una expresión de la historia familiar.
3. Una alteración intrapsíquica.
4. Una expresión del conflicto interno del paciente.

Para el modelo sistémico el síntoma expresa la disfunción del sistema familiar

Feixas y Miró resumen la concepción sistémica: el miembro de la familia que presenta el síntoma, el **paciente identificado**, se considera una **expresión de la disfunción familiar sistémica**, y la solución depende del cambio en los **patrones disfuncionales de interacción** familiar. Rojí y Saúl lo formulan de modo parecido: el síntoma se explica «en función de la **dinámica del sistema actual**, no de lo que ocurre en su intrapsique», y el propio síntoma se ve como una comunicación, un eslabón más de la cadena interaccional.

1. Es la formulación literal de Feixas y Miró.
2. Rojí y Saúl señalan que en los modelos sistémicos la motivación no se sitúa en el individuo ni proviene del pasado; los modelos más comunes se centran en las pautas actuales, y solo propuestas como el juego familiar de Selvini incorporan la historia.
3. Explicar el síntoma por lo que ocurre en la intrapsique es justo lo que el modelo sistémico abandona, según Rojí y Saúl.
4. El conflicto interno como origen del síntoma pertenece a la tradición psicoanalítica de la que se separaron los terapeutas sistémicos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 257 y 264. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 8, apdos. 2 y 4, y cap. 9, glosario (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Rojí y Saúl es Ampliación del tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural.

161

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Respuesta correcta: 2

¿Qué modelos psicoterapéuticos consideran que la manifestación sintomática es la expresión de un conflicto intrapsíquico del individuo?:

1. Modelos sistémicos.
2. Modelos psicodinámicos. ✓
3. Modelos conductuales.
4. Modelos integradores.

Los modelos psicodinámicos ven el síntoma como expresión de un conflicto intrapsíquico

Feixas y Miró identifican el término **psicodinámico** con el psicoanálisis y, por extensión, con las concepciones en las que el **conflicto intrapsíquico** tiene un papel central. Rodríguez Morejón explica que, cuando las defensas no logran controlar ese conflicto, aparecen los síntomas, que suelen ser una **representación simbólica del conflicto** inaceptable. Rojí y Saúl describen la secuencia clásica: el conflicto entre deseos y prohibiciones moviliza las defensas y se resuelve mediante la **formación de síntomas**, la adaptación o cambios en la expresión interpersonal.

1. Para los modelos sistémicos el síntoma expresa la disfunción del sistema familiar, según Feixas y Miró.
2. Es la definición de la orientación psicodinámica que dan Feixas y Miró.
3. Desde la óptica conductual los trastornos son aprendidos, y la apelación a causas intrapsíquicas o conflictos internos pierde sentido, como recogen Feixas y Miró.
4. Los enfoques integradores combinan aportaciones de varias escuelas y no se definen por una explicación concreta del síntoma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 2, pág. 68; cap. 3, págs. 88 y 264. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 3, págs. 79-80. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 2 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

162

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 2

En el modelado y por lo que se refiere a los procesos de retención, cabe afirmar que:

1. La práctica cognitiva (repetir mentalmente la secuencia de conducta aprendida) no resulta eficaz.
2. Las conductas complejas se benefician más de la repetición que las conductas sencillas. ✓
3. La repetición cognitiva no mejora la percepción de autoeficacia del sujeto.
4. La repetición cognitiva fatiga al sujeto y disminuye su persistencia para llevar a cabo con éxito la tarea.

La repetición cognitiva ayuda más a retener conductas complejas

De los cuatro procesos del aprendizaje observacional de Bandura (atención, **retención**, reproducción y motivación), Díaz, Ruiz y Villalobos explican que para retener la conducta del modelo hay que codificarla verbalmente y en imágenes, y que esa representación **no basta si no se practica** en la imaginación y conductualmente: la **práctica cognitiva** y motora completa la retención. La afirmación de la respuesta correcta, que las **conductas complejas** se benefician más de la repetición que las sencillas, procede de Labrador (2008), que también atribuye a la repetición cognitiva una mejor autoeficacia y mayor persistencia; esa obra no está en el corpus.

1. Díaz, Ruiz y Villalobos afirman lo contrario: la representación mental no basta para retener si no se practica en la imaginación y conductualmente.
2. Es la afirmación de Labrador (2008) sobre la repetición en el modelado.
3. Según la obra de la que procede la pregunta, la repetición cognitiva mejora la percepción de autoeficacia; el corpus no trata este punto.
4. Según esa misma obra, la repetición cognitiva aumenta la persistencia en el esfuerzo por realizar la conducta.

Ojo. La respuesta correcta y el descarte de las opciones 3 y 4 proceden de Labrador (2008, pág. 404), que no está en el corpus ni en C:\Drive. Con el corpus solo se descarta la opción 1 (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017, pág. 299), que no trata la complejidad de la conducta, la autoeficacia ni la persistencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 404 (no está en el corpus). Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, apdo. 2.1.2, pág. 299.

EN EL ATLAS

Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

163

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

La característica básica de la alteración de pensamiento denominada “perseveración” es:

1. La repetición en eco de las palabras o frases del interlocutor.
2. La repetición o fijación persistente de ideas o palabras. ✓
3. Un patrón del habla en el que las conclusiones alcanzadas no se siguen lógicamente de las premisas.
4. Enlentecimiento acusado del curso del pensamiento.

La perseveración es la repetición persistente de palabras o ideas

Belloch, Sandín y Ramos describen la **perseveración**, una de las categorías de Andreasen, como la **repetición persistente de palabras, ideas o temas**: cuando el paciente ha usado una idea o palabra, vuelve a ella una y otra vez a lo largo del discurso. Puede manifestarse como dificultad para cambiar de tema, de modo que parece hablar siempre de lo mismo, y puede deberse a una pobreza ideativa extrema o a la **fijación** en una idea durante un tiempo excesivo. Las demás opciones definen la ecolalia, la ilogicidad y la bradipsiquia.

1. Repetir como en un eco lo que acaba de escuchar es la ecolalia, que forma parte de los ecosíntomas.
2. Es la definición de perseveración que da Belloch.
3. Las conclusiones que no se corresponden con las premisas definen la ilogicidad.
4. El enlentecimiento general de las funciones mentales, incluido el pensamiento, es la bradipsiquia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, apdo. de trastornos formales del pensamiento, págs. 235-237.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

164

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Respecto de la generalización de las habilidades sociales aprendidas en el tratamiento de la esquizofrenia ¿qué afirmación es la CORRECTA?:

1. La graduación de los estímulos debe ser rápida.
2. Se debe trabajar con los mismos interlocutores.
3. No se debe repetir en exceso las conductas entrenadas para evitar que se produzca un sobreaprendizaje.
4. Se deben valorar las posibles consecuencias de la emisión de conductas en el medio. ✓

La generalización de las habilidades sociales se apoya en el medio natural del paciente

La Guía de tratamientos eficaces y Vallejo (2012) recogen las conclusiones de Liberman: la generalización de las habilidades sociales es moderada, y se potencia cuando se anima a los pacientes a usarlas en **ambientes naturales** y son **reforzados** por compañeros, familiares y cuidadores. Heinssen, Liberman y Kopelowicz añaden que favorece la generalización **cambiar de escenario**, mantener el tratamiento largo tiempo y crear oportunidades en el ambiente del paciente. Los programas modulares combinan **repetición frecuente** del material y **sobreaprendizaje**. Valorar las consecuencias de emitir las conductas en el medio encaja con esta orientación al entorno natural, aunque ningún manual del corpus lo formula así.

1. Los manuales no recomiendan una graduación rápida; los programas se ajustan a la tolerancia al estrés y a las limitaciones de procesamiento de cada paciente.
2. La generalización mejora cuando se cambia de escenario y cuando refuerzan las habilidades compañeros, familiares y cuidadores, es decir, interlocutores variados.
3. La repetición frecuente del material y el sobreaprendizaje forman parte de los módulos de Liberman.
4. Es la respuesta oficial y va en la línea de entrenar con la vista puesta en el medio natural.

Ojo. Ningún manual formula la respuesta correcta con estas palabras. Se apoya en Fonseca (2019, cap. 9, pág. 311), donde al final de las sesiones se animaba a los pacientes a poner en juego las habilidades entrenadas «observando qué ocurría», y en la orientación al medio natural que recogen la Guía y Vallejo (2012). Las opciones 2 y 3 se descartan con el texto de la Guía y de Vallejo; la 1, con el ajuste de los programas a la tolerancia al estrés de cada paciente, sin una frase literal sobre la rapidez de la graduación.

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, apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, apdo. 5.2, págs. 963-965. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, caso clínico, pág. 311.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

165 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Disminuir la alta Emoción Expresada (Leff y Vaughn, 1989) es el objetivo de diferentes programas de intervención familiar en esquizofrenia ¿cuál de las siguientes dimensiones NO corresponde a este constructo de "Emoción Expresada Familiar"?:

1. Calor.
2. Sobreimplicación.
3. Ambivalencia. ✓
4. Hostilidad.

La ambivalencia no es una de las dimensiones de la emoción expresada

Belloch, Sandín y Ramos (2008) cuentan que Brown y colaboradores relacionaron la **alta emoción expresada** (EE) de los familiares con la recaída. En la entrevista familiar se contabilizaron los **comentarios críticos** y positivos y se estimaron la crítica, la **hostilidad**, la **calidez**, la **sobreimplicación emocional** y la insatisfacción. La EE elevada se indicaba por marcada sobreimplicación, siete o más comentarios críticos u hostilidad. La edición de 2020 describe la EE como un estilo familiar de críticas, culpabilización u hostilidad, sobreprotección excesiva e intrusividad. La ambivalencia no figura en ninguna de las dos descripciones.

1. La calidez es una de las estimaciones de la entrevista familiar con la que se mide la EE.
2. La sobreimplicación emocional es uno de los criterios de EE elevada.
3. No aparece entre las dimensiones que estiman los manuales.
4. La hostilidad es otro de los criterios de EE elevada.

Trampa. La calidez se mide en la entrevista de EE aunque sea una dimensión positiva; la pregunta cuenta con que se descarte por no ser negativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 399. 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 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

166

MARCO PROFESIONAL

G12 · Modelos de atención comunitaria al trastorno mental grave: gestión de casos, tratamiento asertivo comunitario e intervención temprana

Respuesta correcta: 3

¿Por qué característica está definido el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) para personas con trastorno mental grave?:

1. Se da soporte al paciente pero no a los familiares ni a los cuidadores.
2. Es un modelo que pone el énfasis en la medicación.
3. Ofrece un tratamiento individualizado, centrado en el paciente y en su entorno natural. ✓
4. Se complementa con otros servicios sanitarios, dado que el equipo que desarrolla el TAC no cubre las 24 horas del día.

El tratamiento asertivo comunitario es individualizado y se presta en el entorno natural

Fonseca (2019) recoge los **principios rectores** del tratamiento asertivo comunitario (TAC). Las intervenciones se desarrollan en el **contexto natural**, son flexibles y se adecúan a cada usuario, y el equipo hace una **planificación individualizada** centrada en las necesidades de la persona. El equipo es multidisciplinar, asume la responsabilidad completa del tratamiento (farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario), trabaja con una baja ratio de pacientes por profesional y presta servicio de forma continuada **24 horas, 7 días** a la semana. En la figura de modelos de *case management*, el TAC incluye el **trabajo con familiares y cuidadores**.

1. La figura de modelos de *case management* marca el trabajo con familiares y cuidadores como propio del TAC.
2. La medicación es solo una parte de la atención integral que asume el equipo, junto a la rehabilitación y el soporte comunitario.
3. Es uno de sus principios rectores.
4. La prestación del TAC es continuada y está disponible 24 horas, 7 días a la semana.

Ojo. El comentario de partida se apoya en la guía de práctica clínica de la esquizofrenia del Ministerio (2009, pág. 495), que no está en el corpus. Sus características coinciden con los principios que resume Fonseca (2019).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 12, figura 12.1, pág. 366, y apdo. 2.1, figura 12.4, págs. 370-371. 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. Pág. 495 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema G12 · Modelos de atención comunitaria al trastorno mental grave. Se estudia con Fonseca Psicosis (Base).

167

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

En la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

1. Se debe comenzar por tareas que exijan una demanda alta de capacidad atencional.
2. Se debe entrenar a la persona en las tareas que exijan un solo tipo de respuesta.
3. Se deben utilizar programas que se ajusten a las necesidades generales y abstractas de la persona.
4. Se debe realizar un entrenamiento metacognitivo. ✓

La rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia entrena la metacognición

Vallejo (2012) describe dos programas de **rehabilitación cognitiva**. La **terapia de remediación cognitiva** (CRT) de Wykes y Reeder tiene entre sus objetivos aumentar la capacidad y eficiencia de las funciones cognitivas, enseñar **esquemas cognitivos variados y transferibles** y **mejorar la metacognición**; sus tareas se presentan **graduadas por dificultad, empezando por las más fáciles**, y una de sus fases enseña y refuerza estrategias cognitivas y conocimiento metacognitivo. En la terapia de potenciación cognitiva (CET) de Hogarty y Flesher, los ejercicios se basan en situaciones reales de la vida del paciente y los objetivos cognitivos son múltiples.

1. La CRT empieza por las tareas más fáciles.
2. La CRT busca enseñar esquemas variados y transferibles y utiliza la práctica multimodal.
3. En la CET los ejercicios se basan en situaciones reales de la vida del paciente.
4. Mejorar la metacognición es uno de los objetivos principales de la CRT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, apdo. 5.3, págs. 966-967.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

168

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Las técnicas de focalización para reducir la frecuencia y malestar asociado a las alucinaciones auditivas incluyen:

1. Desviar la atención del paciente de la forma y características físicas de las alucinaciones, para no centrarse en estos aspectos.
2. Prestar atención al contenido de las alucinaciones. ✓
3. Eludir las creencias y pensamientos de la persona respecto a las alucinaciones.
4. Circunscribir el trabajo exclusivamente al marco de la sesión clínica, evitando realizar tareas entre sesiones.

Las técnicas de focalización llevan al paciente a atender a la forma, al contenido y a sus creencias sobre las voces

Vallejo (2012) distingue las técnicas que promueven la **distracción** de las voces, de efectos transitorios, de las que promueven la focalización en ellas, que procuran que el paciente las identifique como propias mediante una **reatribución gradual** y producen efectos más duraderos. La focalización tiene tres fases: primero el paciente dirige la atención a la **forma y características físicas** de las voces; después atiende a su **contenido**, lo escribe o lo discute en sesión y lo registra entre sesiones como tarea para casa; y por último se abordan las **metacogniciones**, es decir, sus creencias sobre el origen y la naturaleza de las voces.

1. Atender a la forma y las características físicas de las voces es la primera fase.
2. Prestar atención al contenido es la segunda fase de la focalización.
3. La tercera fase aborda directamente las creencias sobre el origen y la naturaleza de las voces.
4. Se pide al paciente que atienda y registre sus voces entre sesiones como tarea para casa.

Trampa. Los tres distractores niegan, una por una, las fases y tareas reales de la técnica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, apdo. 5.4, págs. 980-981.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

De los siguientes elementos ¿cuáles son característicos en una sesión típica de entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de la esquizofrenia?:

1 Identificación del problema, exposición en imaginación, modelado y tareas para casa.

2 Identificación del problema, técnicas de relajación, modelado y tareas para casa.

3 Identificación del problema, reestructuración cognitiva, modelado y tareas para casa.

4 Identificación del problema, ensayos de conducta, modelado y tareas para casa. ✓

La sesión de habilidades sociales combina ensayos de conducta, modelado y tareas para casa

Vallejo (2012) describe la tercera etapa del **entrenamiento en habilidades sociales** en la esquizofrenia, que arranca con los módulos estandarizados de **Liberman** (SILS). Estos programas usan una combinación de técnicas: **identificación de problemas** en colaboración con el paciente, establecimiento de metas, **ensayos conductuales o role-play**, feedback positivo y corrector, **modelado** social, práctica conductual, refuerzo social positivo, **tareas para casa** y solución de problemas. La única opción en la que todos los elementos figuran en esa lista es la que incluye los ensayos de conducta.

1 La exposición en imaginación no figura entre las técnicas del entrenamiento que describe el manual.

2 Las técnicas de relajación tampoco forman parte de esa lista.

3 La reestructuración cognitiva no es un componente del entrenamiento en habilidades sociales según el manual.

4 Todos sus elementos figuran en la lista de técnicas del entrenamiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, apdo. 5.2, pág. 963.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

170

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) son poco eficaces:

1. En fases agudas. ✓
2. En fase prodrómica.
3. Con pacientes que toman psicofármacos.
4. Con pacientes en programas de intervención temprana.

La TCC para alucinaciones y delirios es poco eficaz en las fases agudas

En sus conclusiones sobre los tratamientos psicológicos de la esquizofrenia, la Guía de tratamientos eficaces señala que los **tratamientos cognitivo-conductuales** para los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) resultan muy útiles, y hasta imprescindibles, en la **fase prodrómica** del trastorno y son un ingrediente esencial de los **programas de intervención temprana**. En cambio, son **poco eficaces en fases agudas** y actúan como complemento de la **medicación** en las fases de estabilización sintomática.

1. Es la limitación que señala la Guía.
2. En la fase prodrómica la Guía los considera muy útiles e incluso imprescindibles.
3. La Guía los presenta como complemento de la medicación en la fase de estabilización sintomática.
4. Son un ingrediente esencial de los programas de intervención temprana.

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, apdo. 6 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

171

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos

Respuesta correcta: 4

Entre los factores que han mostrado estar asociados a la adhesión a los tratamientos terapéuticos NO se incluyen:

1. El tipo de síntomas que caracterizan a la enfermedad padecida.
2. La complejidad del tratamiento de la patología.
3. La actitud empática por parte del profesional.
4. Las variables sociodemográficas del paciente. ✓

Las variables sociodemográficas apenas predicen la adhesión al tratamiento

Amigo (4.ª ed.) explica que la investigación sobre los **predictores de la adhesión** ha servido más para descartar variables que para confirmarlas. Los mejores predictores parecen ser la **adhesión inicial**, la **complejidad del tratamiento** y lo perturbador que resulte en la vida cotidiana. Otros factores, como las **variables sociodemográficas**, la edad o los ingresos, muestran correlaciones **bajas e inconsistentes**. La obra de la que procede la pregunta, Amigo et al. (2009), señalaba además que la actitud empática del profesional se relaciona con una mejor adhesión y que las variables sociodemográficas no parecen determinarla.

1. Según el comentario de partida, que se apoya en Amigo et al. (2009), el tipo de síntomas de la enfermedad es uno de los factores asociados a la adhesión; la 4.ª edición no trata este punto.
2. La complejidad del tratamiento es uno de los mejores predictores de la adhesión según la 4.ª edición de Amigo.
3. Amigo et al. (2009) relacionaban la actitud empática del profesional con una mejor adhesión.
4. Las variables sociodemográficas muestran correlaciones bajas e inconsistentes con la adhesión.

Ojo. Discrepancia entre ediciones. La 4.ª edición de Amigo (cap. 15, apdo. 6) incluye las variables sociodemográficas entre los factores que «también se han relacionado» con la adhesión, aunque con correlaciones bajas e inconsistentes, y no menciona el tipo de síntomas ni la empatía del profesional. Amigo et al. (2009, pág. 248), obra de la que procede la pregunta y que no está en el corpus, afirma que las variables sociodemográficas no parecen determinar la adhesión y relaciona con ella la actitud empática del profesional y el tipo de síntomas; con esa obra se descartan las opciones 1 y 3.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, apdo. 6, PDF 370 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado). Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. y Pérez Álvarez, M. (2009). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Pág. 248 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos. Se estudia con Amigo (Base).

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

¿En el tratamiento de la Anorexia Nerviosa ¿cuál es el factor predictor de pobres resultados que mayor consenso ha mostrado a través de los estudios?:

1 Su comorbilidad con la bulimia nerviosa.

2 El inicio tardío de la anorexia nerviosa.

3 La mayor duración de la enfermedad antes de acudir a tratamiento. ✓

4 El bajo apoyo familiar.

La duración de la anorexia antes del tratamiento es el predictor de mal resultado más consistente

La Guía de tratamientos eficaces repasa los **factores predictores** más estudiados en la anorexia nerviosa: el peso inicial, la duración de la enfermedad, la edad de inicio, los atracones y vómitos, las dietas, las actitudes hacia el peso y la figura y la comorbilidad. Concluye que, con independencia de la edad de inicio, la **duración o cronicidad** de los síntomas es el **único factor predictor de pobres resultados encontrado por todas las investigaciones**: a mayor duración del problema **antes de acudir a tratamiento**, peores resultados.

1 La comorbilidad se estudia sobre todo con los trastornos de ansiedad, la depresión y el TOC, y la Guía no le atribuye un consenso como predictor.

2 Los datos sobre la edad de inicio son contradictorios: algunos estudios asocian el inicio tardío a peores resultados y otros no encuentran diferencias.

3 Es el único predictor en el que coinciden todas las investigaciones.

4 El apoyo familiar no figura entre los predictores que revisa la Guía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 4, apdo. 3.4 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 4

¿Qué tratamiento se recomienda para el trastorno de la conducta alimentaria no especificado?:

1 Programa de autoayuda guiada.

2 Terapia cognitivo-conductual.

3 Terapia interpersonal.

4 El tratamiento adecuado al trastorno de alimentación que más se asemeje al trastorno alimentario que padece. ✓

Ante un TCA no especificado se sigue el tratamiento del trastorno al que más se parece

La guía de práctica clínica del Ministerio (2009) recomienda que, a falta de evidencia que guíe la atención de los **trastornos de la conducta alimentaria no especificados** (TCANE), los profesionales sigan el **tratamiento del trastorno alimentario que más se asemeje** al que presenta la persona. Raich (2011) recoge la misma recomendación de la **NICE** (2004), con la excepción del trastorno por atracón, y añade que los síndromes incompletos de anorexia y de bulimia pueden tratarse con las intervenciones eficaces en los síndromes completos.

1 La autoayuda guiada es el primer paso que la guía propone para el trastorno por atracón; para el resto de los TCANE remite al tratamiento del trastorno más parecido.

2 La terapia cognitivo-conductual es eficaz para la bulimia y el trastorno por atracón, pero no es la recomendación general para los TCANE.

3 La terapia interpersonal también es adecuada para el trastorno por atracón, según Raich, pero no es la recomendación general para los TCANE.

4 Es la recomendación de la guía y de la NICE.

Ojo. La recomendación procede de la guía del Ministerio (2009, pág. 142), que no está en el corpus del Atlas (solo hay fuera de él una copia parcial). Se ha comprobado en la reproducción de la NICE que hace Raich (2011, cap. 5, apdo. 5.1.7), obra complementaria del corpus que no figura en la lista de manuales del Atlas. Ninguna fuente del tema C4 trata los TCANE.

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. 142 (no está en el corpus). Raich, R. M. (2011). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Pirámide. Cap. 5, apdo. 5.1.7 (edición digital sin paginar). 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. 1 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C4. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

174

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa de Fairburn ¿cuál es el objetivo principal de la tercera fase?:

1. La prevención de recaídas. ✓
2. La reestructuración cognitiva.
3. La modificación de las circunstancias ambientales que perpetúan el trastorno.
4. El establecimiento de autorregistros para el mantenimiento del cambio.

La tercera fase de la TCC de Fairburn para la bulimia se dedica a prevenir recaídas

Williamson, Smith y Barbin, en el manual de Caballo, recogen que **Fairburn** fue el primero en aplicar un tratamiento cognitivo-conductual a la **bulimia nerviosa** y que, según Fairburn y Cooper (1989), tiene **tres etapas**: introducción y educación, **reestructuración cognitiva** y **prevención de las recaídas**. La Guía de tratamientos eficaces describe el programa de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) en 20 sesiones: la primera fase presenta el modelo cognitivo y usa técnicas conductuales, la segunda emplea de forma extensa la reestructuración cognitiva y la tercera se orienta al **mantenimiento de los cambios** y la prevención de la recaída.

1. Es el objetivo de la tercera fase en las dos descripciones del programa.
2. La reestructuración cognitiva es el núcleo de la segunda fase.
3. Las circunstancias que mantienen el trastorno se trabajan en las fases anteriores, con técnicas conductuales en la primera y cognitivas en la segunda.
4. Los autorregistros pertenecen a las técnicas conductuales de la primera fase.

Ojo. La pregunta cita el manual de Caballo como de 1997; el volumen 2 del corpus figura en el Atlas con fecha de 1998. El comentario de partida añade Perpiñá (2015), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 5 (Williamson, Smith y Barbin), apdo. V.4, pág. 204. 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 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Caballo 1998 no es fuente de este tema.

175

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el principal objetivo que se pretende con la técnica de exposición a claves (Cue Exposure Theory, CET) en el tratamiento de la adicción a drogas?:

1. Que la persona con problemas de adicción a drogas sepa identificar las situaciones de riesgo y así prevenir la recaída.
2. Se trata de utilizar señales para indicar en qué momento se deben poner en marcha las habilidades adquiridas durante el periodo de tratamiento.
3. Entrenar para que la persona con problemas de adicción a drogas sepa identificar cuál es la causa principal de su trastorno adictivo.
4. Se trata de conseguir mediante procedimientos de exposición y extinción que la persona con problemas de adicción a drogas disminuya su reactividad ante las claves o señales que están asociadas a las consecuencias del consumo. ✓

La exposición a claves busca extinguir la reactividad a los estímulos asociados al consumo

Vallejo describe las técnicas basadas en el paradigma de **exposición a claves** (*Cue Exposure*, CET) como orientadas a **reducir la reactividad ante las claves** mediante procedimientos de **exposición y extinción**. La exposición a estímulos asociados a la droga puede producir deseo de consumo y precipitarlo, y la dificultad principal está en generalizar la extinción fuera del tratamiento. Son técnicas **orientadas a la prevención de recaídas** que se integran en programas más amplios. Fonseca, en el tabaquismo, la define como terapia orientada a reducir la reactividad o el *craving* ante los estímulos asociados al consumo.

1. Identificar situaciones de riesgo es propio de la prevención de recaídas en general; la CET actúa sobre la reactividad a las claves.
2. Las claves de la CET son estímulos asociados al consumo a los que se expone a la persona para extinguir la reactividad que provocan.
3. La CET no busca identificar la causa del trastorno.
4. Es la definición del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 2, apdo. 5.4, pág. 102. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 3, apdo. 5.4, pág. 196. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, pág. 509.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Vallejo Adultos (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

176

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

Uno de los procedimientos habituales en el tratamiento de la adicción al juego es motivar al jugador para que se incluya en la lista de autoexcluidos en bingos, casinos y juego online, de manera que no pueda acceder a locales ni jugar a través de Internet ¿en qué procedimiento psicológico se basa la autoexclusión?:

1. Control de estímulo. ✓
2. Extinción.
3. Contracondicionamiento.
4. Represión.

La autoexclusión de casinos y juego online es una forma de control de estímulos

Labrador y Labrador, en el manual de Vallejo, explican que en el tratamiento del **trastorno por juego** se establece al principio un **control de estímulos estricto** sobre situaciones, ambientes o personas asociadas al juego. Se restringe el acceso al dinero y el contacto con personas, lugares o rutas de juego, e incluyen expresamente la **autoprohibición de entrada en bingos y casinos**, el **bloqueo de dispositivos** con acceso a internet y la **autodenuncia** en el registro de interdicciones de acceso al juego. La edición de 2012 lo describe como anular o reducir los estímulos asociados al juego, y Fonseca sitúa el control de estímulos entre las técnicas conductuales para lograr la abstinencia inicial.

1. Es la técnica en la que el manual encuadra la autoprohibición de entrada y el bloqueo del juego online.
2. La extinción consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada; la autoexclusión impide el acceso a los estímulos del juego.
3. En el contracondicionamiento, un estímulo ya condicionado se empareja con un estímulo incondicionado diferente, e incluso opuesto; no consiste en restringir el acceso.
4. La represión es, en la teoría psicoanalítica, un mecanismo de defensa que envía al inconsciente los recuerdos no deseados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Labrador y Labrador), apdo. 8.3.2, pág. 184. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 4, apdo. 6.3.6, pág. 274. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 18, pág. 540. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 3, pág. 117. Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Glosario, pág. 567.

EN EL ATLAS

Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

177

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

La técnica recomendada por el NIDA (National Institute On Drug Abuse) para el tratamiento de la adicción a la cocaína es el Reforzamiento Comunitario con Terapia de Incentivo. En lo que se refiere a la terapia de incentivo, los puntos (también denominados vouchers) se obtienen por:

1. No haber tenido problemas con padres o familiares por el hecho de haber consumido durante la semana.
2. Participar activamente en las terapias (individuales o de grupo).
3. Resultados negativos en los análisis de orina. ✓
4. Cumplimentar adecuadamente los autorregistros.

En la terapia de incentivo los puntos se ganan con análisis de orina negativos

Secades y colaboradores, en el manual de Vallejo, describen la **terapia de incentivo** como un procedimiento de **manejo de contingencias** que refuerza sistemáticamente la retención y la **abstinencia**. Los puntos (incentivos o *vouchers*) se obtienen a cambio de **resultados negativos en los análisis de orina**, y su número aumenta con cada muestra negativa; quien encadena análisis negativos consecutivos gana incentivos más valiosos, y los puntos ganados nunca se pierden. Los vales se canjean por premios como actividades de ocio, descuentos, cursos o ofertas de empleo. Fonseca resume el manejo de contingencias como el refuerzo de la abstinencia verificada mediante pruebas bioquímicas.

1. Los puntos dependen de la abstinencia verificada en los análisis de orina; los problemas familiares no intervienen en su entrega.
2. El manual vincula los puntos a los análisis de orina y no a la participación en las terapias.
3. Es el criterio de entrega de los puntos.
4. Los autorregistros no son el criterio de entrega de los incentivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 2, apdo. 6.2, pág. 107. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 3, apdo. 6.2, pág. 200. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 508 y 513.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Vallejo Adultos (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los componentes del programa de intervención psicoeducativa desarrollado por Fawzy y colaboradores para pacientes con cáncer?:

1. Entrenamiento conductual en el manejo del estrés, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento e información y/o educación para la salud. ✓
2. Información, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación muscular progresiva.
3. Estrategias para el manejo del estrés, relajación en imaginación, educación para la salud y técnicas de exposición en imaginación o en vivo.
4. Estrategias para la detención del pensamiento, información y/o educación para la salud, terapia narrativa y estrategias de regulación emocional.

El programa de Fawzy combina información, manejo del estrés y afrontamiento en grupo

La Guía de tratamientos eficaces II describe los estudios de Fawzy y colaboradores con pacientes con **melanoma maligno**. Organizaron en un curso de terapia de grupo de seis semanas elementos que ya habían mostrado eficacia: **información sobre la salud**, **técnicas de manejo del estrés** (conocimiento de las reacciones al estrés, relajación, imaginación guiada, relajación muscular progresiva y autohipnosis) y **entrenamiento en técnicas de afrontamiento** de situaciones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento. La interacción entre los miembros del grupo sirvió como **apoyo emocional**.

1. Recoge los cuatro elementos del programa de Fawzy.
2. La reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales no figuran entre sus componentes.
3. Las técnicas de exposición no forman parte del programa.
4. La detención del pensamiento, la terapia narrativa y la regulación emocional no aparecen en la descripción del programa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 2, pág. 72.

EN EL ATLAS
Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

179

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión

Respuesta correcta: 2

La intervención conductual dirigida a prevenir el riesgo de la enfermedad cardiovascular tiene por objetivo la modificación, entre otros factores de:

1. Los niveles de presión sanguínea.
2. Los estilos de vida. ✓
3. El patrón de Conducta Tipo B.
4. La autoestima.

La prevención cardiovascular conductual se dirige a los hábitos y estilos de vida

La Guía de tratamientos eficaces II explica que las intervenciones conductuales en los trastornos cardiovasculares se han orientado tanto a la **prevención en población de alto riesgo** como al tratamiento y la rehabilitación tras un episodio. En la prevención, el objetivo principal ha sido cambiar las conductas que incrementan la vulnerabilidad, y el tratamiento se ha dirigido a modificar los **hábitos y estilos de vida** (dieta, obesidad, sedentarismo, tabaco), los **factores psicosociales** (estilo de conducta **Tipo A**, estados depresivos, ira, ansiedad y hostilidad) y la **adherencia** a las medidas de prevención o rehabilitación.

1. La presión sanguínea es una variable fisiológica; la intervención conductual se dirige a las conductas que la afectan.
2. Los hábitos y estilos de vida son el primer objetivo que menciona la Guía.
3. El patrón que se modifica es el Tipo A.
4. La autoestima no figura entre los objetivos que enumera la Guía.

Trampa. La opción 3 cambia el patrón de conducta Tipo A por el Tipo B.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

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. 3, apdo. 3, pág. 103.

Tema D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

180

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 3

El cuestionario general de calidad de vida para pacientes con cáncer QLQ-C30 elaborado por la EORTC (European Organization for Research and Therapy of Cancer) evalúa una serie de dominios entre los que NO se incluye:

1. Las áreas funcionales (física, emocional, social, cognitiva y de rol).
2. Los síntomas físicos presentes.
3. El bienestar espiritual. ✓
4. El impacto económico del cáncer.

El QLQ-C30 de la EORTC no evalúa el bienestar espiritual

Cruzado describe el sistema de evaluación de la **EORTC**, con un cuestionario general para todos los tipos de cáncer, la escala **QLQ-C30** (1993), de 30 ítems. Evalúa **cinco áreas funcionales** (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), **tres subescalas de síntomas** (astenia, dolor y náusea/vómitos), ítems de síntomas como disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, el **impacto económico** del cáncer y los tratamientos y una subescala de **calidad de vida global**. La EORTC añade módulos específicos para cada tipo de cáncer. El bienestar espiritual no figura entre sus dominios.

1. Las cinco áreas funcionales son el núcleo del cuestionario.
2. Incluye subescalas e ítems de síntomas físicos.
3. No aparece entre las áreas que enumera Cruzado.
4. El impacto económico del cáncer y de los tratamientos es uno de sus ítems.

Ojo. El comentario de partida cita a Benítez del Rosario y Salinas (2000) y a Ortiz y Pérez (2005), que no están en el corpus; los dominios se han comprobado en Cruzado (2013).

Trampa. La opción del impacto económico parece ajena a un cuestionario clínico, pero el QLQ-C30 la incluye.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Cruzado, J. A. (2013). Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. Pirámide. Cap. 1, apdo. 4.1, pág. 20.

EN EL ATLAS

Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Cruzado no es fuente de este tema.

181

PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 2

¿Qué consecuencias sobre el periodo refractario psicológico (PRP) tiene el hecho de incrementar el intervalo (SOA) entre la presentación de los estímulos?:

1. Un aumento del mismo.
2. Una disminución del mismo. ✓
3. La eliminación del mismo.
4. No tiene ninguna consecuencia.

Al aumentar la SOA disminuye el período refractario psicológico

Johnson y Proctor llaman **período refractario psicológico** (PRP) al enlentecimiento de la respuesta al segundo estímulo cuando se realizan dos tareas casi a la vez. Un factor importante en su magnitud es la **asincronía** entre la presentación de los dos estímulos (**SOA**): con una SOA corta el efecto es mayor que con una SOA larga, es decir, cuanto más próximos en el tiempo, mayor PRP. El **modelo de cuello de botella** en la selección de la respuesta predice el tiempo de reacción de la tarea 2 con la fórmula TR2 = TR2a + TR1 − SOA, de modo que el PRP **disminuye progresivamente** conforme se amplía la SOA.

1. El efecto es mayor con SOA corta y menor con SOA larga, así que aumentar la SOA no lo aumenta.
2. Es lo que describe el manual: el PRP disminuye conforme aumenta la SOA.
3. El manual describe una disminución progresiva del efecto conforme se amplía la SOA; la eliminación del PRP no aparece en el texto.
4. La SOA es uno de los factores importantes que afectan a la magnitud del PRP.

Ojo. El comentario de partida cita a Styles (2011), que no está en el corpus. La Base del tema I2 (Fernández-Abascal, cap. 2) no trata el período refractario psicológico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 6, apdos. 7.1-7.2, págs. 218-220.

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación).

182

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 2

¿Qué procedimiento operante tiene como consecuencia la retirada de un reforzador positivo tras la ejecución de la respuesta?:

1 Castigo positivo.

2 Omisión. ✓

3 Escape.

4 Reforzamiento negativo.

En el entrenamiento por omisión la respuesta retira un estímulo apetitivo

Domjan clasifica los procedimientos de **condicionamiento instrumental** según la contingencia entre la respuesta y el resultado. En el **entrenamiento por omisión** (RDO) la contingencia es **negativa**: la respuesta **elimina o impide** la presentación de un **estímulo apetitivo**, y el resultado es una disminución de la tasa de respuestas. Lo ilustra con la niña enviada a su cuarto tras una travesura, a la que se retiran fuentes de reforzamiento positivo, o con la suspensión del permiso de conducir. El **reforzamiento negativo** (escape o evitación) también tiene contingencia negativa, pero con un estímulo aversivo, y aumenta la respuesta.

1. En el castigo positivo la respuesta produce un estímulo aversivo.
2. Es el procedimiento en que la respuesta retira un estímulo apetitivo.
3. En el escape la respuesta termina un estímulo aversivo, y el resultado es reforzamiento.
4. El reforzamiento negativo elimina o impide un estímulo aversivo e incrementa la tasa de respuestas.

TABLA 5.1. TIPOS DE PROCEDIMIENTO DE CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

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

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

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

183

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 4

En un programa de intervalo variable de 20 seg. (IV20) ¿cuándo se refuerza la conducta de un individuo?:

1 Cada vez que transcurren, por término medio, 20 seg.

2 Siempre que en el intervalo medio de 20 seg. se haya emitido el número de respuestas establecido por el experimentador.

3 Tras la emisión de cualquier respuesta que ocurra en el intervalo medio de 20 seg.

4 Por término medio cada 20 seg. y una vez que se ha emitido la respuesta. ✓

En un programa IV se refuerza la primera respuesta tras un intervalo que varía en torno a una media

Domjan explica que en un **programa de intervalo variable** (IV) las respuestas solo se refuerzan si ocurren **después de que ha transcurrido un lapso variable** desde el inicio del ensayo o del ciclo; el valor del programa es la **media** de esos intervalos (IV dos minutos, por ejemplo). Como en los programas de intervalo fijo, el sujeto **tiene que emitir la respuesta** instrumental para obtener el reforzador: los reforzadores no son gratuitos y solo se entregan si el individuo responde después de que terminó el intervalo. Los programas IV mantienen tasas de respuesta estables y sin pausas regulares.

1 Entregar el reforzador cada cierto tiempo sin exigir la respuesta no es un programa de intervalo; en el IV el reforzador solo llega si el sujeto responde.

2 Exigir un número de respuestas es propio de los programas de razón.

3 Las respuestas emitidas antes de que termine el intervalo no se refuerzan.

4 Combina los dos requisitos del programa: que pase, por término medio, el intervalo y que después se emita la respuesta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 193-194.

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

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

184

PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 4

¿Qué tipo de condicionamiento permite adquirir condicionamiento clásico sin la presencia de un estímulo incondicionado primario?:

1 Condicionamiento hacia atrás.

2 Condicionamiento de huella.

3 Contracondicionamiento.

4 Condicionamiento de orden superior. ✓

El condicionamiento de orden superior no necesita un estímulo incondicionado primario

Domjan explica que el **condicionamiento clásico** puede tener lugar sin un estímulo incondicionado (EI), y describe dos formas: el **condicionamiento de orden superior** y el precondicionamiento sensorial. En el de orden superior, un estímulo previamente condicionado (EC1) se usa para condicionar un nuevo estímulo (EC2). Por eso, concluye, el condicionamiento clásico puede ocurrir **sin un EI primario**: el único requisito es disponer de un **estímulo previamente condicionado**. Pellón lo relaciona con la **fuerza biológica**: un EC que ha adquirido fuerza biológica puede hacer las veces de EI para un nuevo condicionamiento.

1 En el condicionamiento retroactivo o hacia atrás el EI se presenta un poco antes que el EC, pero sigue habiendo un EI.

2 En el condicionamiento de huella el EI se presenta cierto tiempo después de que termine el EC; también requiere un EI.

3 En el contracondicionamiento un EC ya condicionado se empareja con un EI diferente, e incluso opuesto, al original.

4 Es el procedimiento que permite condicionar sin un EI primario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 3, pág. 85; cap. 4, págs. 110-111. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 3, págs. 115-117.

EN EL ATLAS

Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Se estudia con Domjan (Base) y Pellón (Ampliación).

185

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

Al valor de una dimensión física, por encima o por debajo de la cual se detecta o no se detecta un estímulo, o la cantidad mínima de estimulación capaz de producir una sensación el 50% del tiempo se le conoce como:

1 Umbral diferencial.

2 Umbral absoluto. ✓

3 Umbral de descarga.

4 Umbral de reconocimiento.

El umbral absoluto es la intensidad que se detecta el 50 % de las veces

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. Como el umbral varía, la psicofísica adoptó un **criterio estadístico**: el valor de intensidad que se detecta **un 50 % de las veces**. Goldstein y Cacciamani lo recogen igual al tratar el método de los estímulos constantes. El **umbral diferencial** es, en cambio, el incremento mínimo de la estimulación que permite detectar un cambio en la sensación.

1 El umbral diferencial es el incremento mínimo que permite detectar un cambio en la sensación.

2 Es la definición del umbral absoluto con el criterio estadístico del 50 %.

3 «Umbral de descarga» no es un término de la psicofísica que recogen los manuales.

4 El reconocimiento no forma parte de la definición, que solo exige detectar el estímulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 9, págs. 307-308 y 318. Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Apéndice C, pág. 519.

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

186

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 3

El fenómeno de las Bandas de Mach se explica por el mecanismo de neurológico de:

1 La inhibición de retorno.

2 El periodo refractario psicológico.

3 La inhibición lateral. ✓

4 La ceguera para el cambio.

Las bandas de Mach se explican por la inhibición lateral

Goldstein y Cacciamani llaman **bandas de Mach** a las franjas de luz y oscuridad ilusorias que aparecen en transiciones difusas entre claro y oscuro, y que hacen que el borde parezca más nítido (**realce de bordes**). Lo explican con los **campos receptivos centro-periferia**, que existen gracias a la interacción entre excitación e **inhibición lateral**: la célula cuya periferia inhibitoria cae más en la zona clara genera más inhibición y responde menos. Del Abril y colaboradores también atribuyen a la inhibición lateral el mayor contraste que percibimos en la línea de contacto entre las bandas.

1. La inhibición de retorno es un fenómeno atencional: tras una señal, la detección en esa posición se vuelve más lenta.
2. El período refractario psicológico es el enlentecimiento de la segunda respuesta en condiciones de doble tarea.
3. Es el mecanismo neural del realce de bordes en las bandas de Mach.
4. La ceguera para el cambio es la dificultad para detectar cambios entre escenas, un fenómeno de la atención y la memoria.

Ojo. La edición de 2016 de Del Abril, vigente en el Atlas, no menciona las bandas de Mach ni la inhibición lateral (búsqueda en todo el libro); el dato está en la de 2009 (cap. 11, págs. 442-443). El comentario de partida cita la de 2005.

Trampa. Los tres distractores son fenómenos de la atención con nombre técnico, ajenos al procesamiento retiniano.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 73-74.
Del Abril Alonso, A. et al. (2009). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 442-443.
Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 5, pág. 177; cap. 6, pág. 218; cap. 7, pág. 246.

EN EL ATLAS

Tema I3 · Sensación y percepción.

187

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 3

Según la ley de Fechner:

1. La sensación se incrementa en la misma proporción que lo hace la magnitud del estímulo.
2. Es imposible saber si una sensación es más intensa que otra.
3. La sensación es proporcional al logaritmo de la intensidad del estímulo, o del número de veces que la magnitud del estímulo supera al umbral absoluto. ✓
4. La magnitud de la sensación puede ser medida de forma directa.

Según Fechner, la sensación es proporcional al logaritmo de la intensidad del estímulo

Luna y Tudela recogen las tres aportaciones de **Fechner** a la psicofísica: los métodos para cuantificar los umbrales absoluto y diferencial, una escala de la sensación cuyo cero es el **umbral absoluto** y cuya unidad son las **diferencias apenas perceptibles**, y su **ley**, según la cual la intensidad de la sensación es **proporcional al logaritmo de la intensidad del estímulo** (S = K log I). Para que la sensación aumente en progresión aritmética, el estímulo debe hacerlo en progresión geométrica. Medir directamente la magnitud de las sensaciones fue, más tarde, el objetivo de los **métodos directos** de Stevens.

1. Una relación proporcional simple contradice la ley logarítmica: el estímulo debe crecer en progresión geométrica para que la sensación crezca en progresión aritmética.
2. Fechner construyó una escala para medir la sensación.
3. Es la ley de Fechner, con la sensación medida desde el umbral absoluto en diferencias apenas perceptibles.
4. La medida directa de la sensación es la propuesta de Stevens; Fechner usó métodos indirectos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 9, págs. 307-308 y 332.

Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Luna y Tudela (Ampliación).

188

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina al fenómeno de recordar algo que se había olvidado, sin que medie un nuevo aprendizaje o cualquier otro proceso de mejora en la capacidad para revivir experiencias pasadas?:

1 Reminiscencia. ✓

2 Hipoamnesia.

3 Metamemoria.

4 Amnesia postraumática.

La reminiscencia es recordar algo olvidado sin volver a aprenderlo

Baddeley, Eysenck y Anderson cuentan que **Ballard** (1913) pidió a niños de primaria que memorizaran un poema y observó que, en sucesivos intentos de recuerdo, recordaban versos que antes no habían recuperado. Lo llamó **reminiscencia** y la definió como **recordar algo olvidado sin reaprenderlo**; el glosario del manual la define con las palabras del enunciado. Cuando la reminiscencia supera al olvido y el recuerdo global mejora a lo largo de las pruebas, se habla de **hipermnesia**, término de Erdelyi.

1 Es la definición del glosario de Baddeley.

2 El término que Baddeley relaciona con la reminiscencia es hipermnesia, la mejora global del recuerdo cuando la reminiscencia supera al olvido; «hipoamnesia» no aparece en el corpus.

3 La metamemoria es el conocimiento sobre la propia memoria y la capacidad para regular su funcionamiento.

4 La amnesia postraumática es una pérdida de memoria tras un traumatismo cerebral, con componente retrógrado y anterógrado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 10, pág. 332; cap. 13, pág. 418; glosario, pág. 567. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 198-199.

EN EL ATLAS: Tema I6. Belloch 2020 no es fuente de este tema.

189

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el procedimiento diseñado por Ebbinghaus para medir la retención o el olvido?:

1. El método de los ahorros. ✓
2. La técnica del informe parcial.
3. La técnica del informe total.
4. El paradigma de costes-beneficios.

Ebbinghaus midió la retención con el método de los ahorros

Ebbinghaus fue el primero en estudiar la memoria de forma experimental, con **sílabas sin sentido** de estructura consonante-vocal-consonante y él mismo como sujeto. Para medir la retención inventó el **método de los ahorros**: aprendía series de sílabas y, tras intervalos de 20 minutos a 31 días, volvía a aprenderlas y calculaba el **porcentaje de tiempo ahorrado** en el reaprendizaje. Así obtuvo la **curva del olvido**. Baddeley la presenta como olvido en función de la reducción del porcentaje de ahorros, y Fernández-Abascal explica el cálculo del ahorro a partir del tiempo de aprendizaje original y el de reaprendizaje.

1. Es el procedimiento de Ebbinghaus.
2. La técnica del informe parcial es la que introdujo Sperling (1960) para estudiar la memoria icónica.
3. En el informe total, usado antes y en el estudio de Sperling, el sujeto debe informar de la mayor cantidad posible de elementos de la matriz presentada.
4. El paradigma de costes-beneficios es el de Posner para estudiar la orientación de la atención con señales válidas e inválidas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 1, págs. 29-30. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 5, págs. 147-148 y 150-151. Ballesteros, S. (2010). Psicología de la memoria. UNED-Universitas. Cap. 1, apdo. 1.2.1, recuadro 1.1, págs. 37-38. Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 3, pág. 107.

EN EL ATLAS

Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base) y Fernández-Abascal Procesos (Consulta).

190 PSICOLOGÍA BÁSICA

I9 · Motivación

Respuesta correcta: 4

El dinamizador fundamental de la conducta para Carl Rogers es:

1 El incentivo.

2 La disonancia cognoscitiva.

3 La necesidad de afiliación.

4 La tendencia a la realización o actualización. ✓

Para Rogers, la conducta la mueve una tendencia constante a la actualización

Palmero sitúa a Rogers (1961) entre las teorías de la **competencia y el control**, dentro de las teorías cognitivas de la motivación, y resume su argumento en que el sujeto se encuentra inmerso en una **constante tendencia a la actualización**, un motivo de crecimiento en el que influyen el ambiente y las relaciones con otros. Sanz Aparicio lo incluye en el determinante del **crecimiento potencial**, porque Rogers explica la motivación considerando que el individuo siempre busca funcionar con total plenitud. El mismo manual añade que Rogers y Maslow sostienen que la conducta humana busca ante todo la **autorrealización**, de modo que la motivación es un estado positivo que impulsa a alcanzar el pleno potencial de la persona, un planteamiento que coloca en el **nivel filosófico** de análisis.

1 El incentivo pertenece a las teorías conductuales de la motivación, y Palmero lo define como el valor otorgado al objeto meta.

2 La disonancia cognitiva es la aportación de Festinger (1957), que Palmero expone junto a la consistencia de Heider como un estado de tensión que activa la conducta para reducirlo.

3 La necesidad de afiliación es una de las tres necesidades dominantes que McClelland propuso junto al logro y el poder, todas ellas aprendidas.

4 Es la constante tendencia a la actualización con que Palmero resume el argumento de Rogers.

> **Para fijarlo.** Maslow puso la autorrealización en la cima de una pirámide; Rogers la hizo el motor de toda la conducta.

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, pág. 79; cap. 4, apdos. 4.4.4 y 4.4.6, págs. 113 y 116. Sanz Aparicio, M. T., Menéndez Balaña, F. J. y Rivero Expósito, M. P. (2019). Fundamentos teóricos y prácticos de la motivación. Sanz y Torres. Cap. 2, apdo. 4.4, pág. 37; cap. 3, apdo. 4.1.3, pág. 54; cap. 5, apdo. 3.3, pág. 102.

EN EL ATLAS

Tema I9 · Motivación. Se estudia con Palmero (Base) y Sanz Aparicio (Ampliación).

191

PSICOLOGÍA BÁSICA

I9 · Motivación

Respuesta correcta: 2

En la Teoría del Campo de Kurt Lewin la distancia psicológica:

1. Es directamente proporcional a la intensidad de la fuerza.
2. Es inversamente proporcional a la intensidad de la fuerza. ✓
3. Exhibe las mismas propiedades de los espacios físicos.
4. Sólo se puede recorrer en una única ruta para conseguir una meta.

En la teoría de campo de Lewin, a mayor distancia psicológica de la meta, menor fuerza de la conducta

Palmero presenta a Lewin como precedente de las teorías cognitivas de la motivación. En su **teoría de campo**, la conducta es función del **espacio vital**, formado por la persona y el ambiente psicológico. La fuerza de la conducta, con características de vector, es función del estado interno de **tensión** del sujeto y de las metas del ambiente psicológico, y a esa función hay que añadir la **distancia psicológica** entre el sujeto y la meta, «de tal suerte que a mayor distancia menor fuerza en la conducta». Por eso la distancia aparece en el denominador de la fórmula de Lewin y su relación con la fuerza es **inversa**.

1. La relación es la contraria, porque cuanto más lejos está la meta menos fuerza tiene la conducta.
2. Es la relación que recoge Palmero, en la que a mayor distancia psicológica corresponde menor fuerza.
3. Lewin toma de la física la idea de campo de fuerzas, pero el espacio vital es el mundo tal como lo experimenta el sujeto y, según Sanz Aparicio, depende de las necesidades y del momento de la persona.
4. Ante una barrera entre el sujeto y la meta, Lafuente recoge que puede hacerse necesario dar un rodeo, reestructurar el campo o sustituir el objetivo por otro, así que la teoría no fija un único camino.

Para fijarlo. La meta lejana tira poco: en la fórmula de Lewin la distancia divide la fuerza.

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. 4, apdo. 4.2, pág. 98. Sanz Aparicio, M. T., Menéndez Balaña, F. J. y Rivero Expósito, M. P. (2019). Fundamentos teóricos y prácticos de la motivación. Sanz y Torres. Cap. 8, apdo. 2.2.1, págs. 186-187. Lafuente, E., Loredo, J. C., Castro, J. y Pizarroso, N. (2017). Historia de la psicología. UNED. Cap. 13, apdo. «La teoría del campo de Kurt Lewin» (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema I9 · Motivación. Se estudia con Palmero (Base). Lafuente es Ampliación del tema I1 · Historia y paradigmas de la psicología científica.

192

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 3

Uno de los factores relacionados con la patogenia del síndrome de Tourette es:

1. Una menor respuesta de la hormona adrenocorticotropa (ACTH).
2. El aumento de los niveles de anticuerpos IgG3 y IgA.
3. El aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes en las primeras etapas de vida. ✓
4. Una baja sensibilidad del eje hipotálamohipófiso-suprarrenal.

Los acontecimientos adversos prenatales y perinatales figuran entre los factores de riesgo del trastorno de la Tourette

El DSM-5-TR atribuye los trastornos de tics a factores **genéticos y ambientales**, con una heredabilidad del 70-85 %. Entre los factores **ambientales**, sitúa en las primeras fases del desarrollo cerebral la **edad paterna avanzada** y los **acontecimientos adversos prenatales y perinatales**, como el deterioro del crecimiento fetal, la fiebre intraparto de la madre, el tabaquismo materno, el estrés psicosocial materno grave, el nacimiento pretérmino, la presentación de nalgas y el parto por cesárea. El DSM-5 recogía que las complicaciones obstétricas, el bajo peso al nacer y una madre fumadora se asocian a una mayor gravedad de los tics. Un aporte insuficiente de oxígeno y nutrientes en las primeras etapas de la vida encaja en ese grupo de **factores perinatales**.

1. Ninguna obra del corpus relaciona la respuesta de la ACTH con el trastorno de la Tourette.
2. El DSM-5-TR señala que el sistema inmunitario y la neuroinflamación desempeñan un papel en un subconjunto de casos, pero no menciona los niveles de IgG3 ni de IgA.
3. Es un factor perinatal, del grupo de acontecimientos adversos prenatales y perinatales que el DSM-5-TR asocia a los trastornos de tics.
4. Ninguna obra del corpus describe una baja sensibilidad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal en este trastorno.

Ojo. Las opciones 1, 2 y 4 no pueden descartarse con un texto del corpus; la clave se sostiene con el DSM-5-TR y con la revisión que cita el comentario de partida (Leckman, 2002, The Lancet, 360), que no está en el corpus ni en el Drive. La opción 2 roza lo que el DSM-5-TR dice del sistema inmunitario y del trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado a infecciones estreptocócicas, aunque sin hablar de anticuerpos concretos. Belloch (2008, vol. I) solo dice que no hay acuerdo sobre la etiología, aunque se cree orgánica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastornos de tics, factores de riesgo y pronóstico, págs. 95-96. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de tics, factores de riesgo y pronóstico, pág. 83. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 455. Leckman, J. F. (2002). Tourette's syndrome. The Lancet, 360 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

193

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el enunciado correcto sobre el Mutismo Selectivo?:

1 Los niños con este trastorno no poseen habilidades lingüísticas normales.

2 El lenguaje receptivo suele estar deteriorado.

3 No aparece en el ámbito familiar ni de primer ni de segundo grado.

4 Su inicio suele ser antes de los cinco años de edad. ✓

El mutismo selectivo suele empezar antes de los 5 años

Según el DSM-5, el **mutismo selectivo** habitualmente **se inicia antes de los 5 años**, aunque a menudo no se consulta hasta la entrada en la escuela, donde aumentan la interacción social y tareas como leer en voz alta. El manual añade que estos niños suelen poseer **habilidades lingüísticas normales**, que pueden tener dificultades sutiles del **lenguaje receptivo** que siguen dentro del rango normal, y que hablan en casa con sus familiares inmediatos, aunque a menudo no lo hagan ante **familiares de segundo grado**, como abuelos o primos.

1 El manual dice lo contrario, que suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, aunque a veces se asocie un trastorno de la comunicación.

2 Pueden tener dificultades sutiles del lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, pero dentro del rango normal, así que no está deteriorado.

3 Hablan en casa con sus familiares inmediatos; lo que describe el manual es que a menudo no hablan ante familiares de segundo grado, como abuelos o primos.

4 Es el dato de desarrollo y curso del manual.

Trampa. La opción 3 deforma un dato real. Los niños hablan con la familia inmediata y a menudo callan ante familiares de segundo grado, pero el manual no dice que no hablen con ninguno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Mutismo selectivo, págs. 195-196.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 68, PIR 2018 · n.º 93, PIR 2019 · n.º 138, PIR 2022 · n.º 149, PIR 2023 · n.º 81

Respuesta correcta: 2

En la enuresis nocturna los escapes de orina se producen habitualmente en:

1 El segundo tercio de la noche.

2 El primer tercio de la noche. ✓

3 El tercer tercio de la noche.

4 A cualquier hora de la noche.

En la enuresis nocturna los escapes se concentran en el primer tercio de la noche

El subtipo **solo nocturno** es el más frecuente y se define por la emisión de orina únicamente durante el sueño nocturno. El DSM-IV precisa que el episodio enurético ocurre típicamente durante el **primer tercio de la noche** y que, en ocasiones, se produce durante el **sueño REM**, y entonces el niño puede recordar un sueño en el que orinaba. El DSM-5 y el DSM-5-TR conservan el dato al describir este subtipo, que llaman también **enuresis monosintomática**. Vallejo y Rodríguez añaden que los escapes pueden darse en cualquier fase del sueño, aunque son más habituales en ese primer tercio.

1. El segundo tercio de la noche no aparece en los manuales como momento típico del escape.
2. Es el dato del DSM-IV, que el DSM-5 y el DSM-5-TR mantienen.
3. El último tercio de la noche tampoco es el momento que señalan los manuales.
4. Vallejo y Rodríguez admiten que el escape puede ocurrir en cualquier fase del sueño, pero lo habitual es el primer tercio, y la pregunta pide el momento habitual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Enuresis, subtipos, pág. 114. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Enuresis, subtipos, pág. 355. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 441.

EN EL ATLAS Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 153, PIR 2023 · n.º 174

195 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la característica del niño con TDAH ante las “respuestas prepotentes”:

1 Tiene dificultades para inhibirlas. ✓

2 Son problemáticas para él puesto que derivan de una situación de frustración.

3 Son las conductas cuya realización le supone un mayor grado de dificultad.

4 Son las que puede inhibir con mayor facilidad.

El niño con TDAH tiene dificultades para inhibir las respuestas prepotentes

El **modelo de inhibición conductual y autorregulación** de Barkley (1997) es, según Belloch, uno de los más influyentes en el estudio del TDAH. Considera central el **déficit de inhibición de la respuesta**, que afecta de forma principal y jerárquica al resto de las funciones ejecutivas. Enseñat precisa que Barkley define la capacidad de inhibición de respuesta como la acción conjunta de tres procesos: la **inhibición de las respuestas prepotentes** ante un evento, la **interrupción de una respuesta ya iniciada** y el **control de la interferencia**. De ahí que el niño con TDAH tenga dificultades para inhibir las respuestas prepotentes, y que ese fallo repercuta en la memoria de trabajo, el habla autodirigida, la autorregulación del afecto y la motivación y la reconstitución.

1 Es el primero de los tres procesos de inhibición que, según Barkley, están alterados en el TDAH.

2 El modelo trata las respuestas prepotentes como algo que hay que inhibir ante un evento y en ningún punto las hace derivar de una situación de frustración.

3 La dificultad que describe Barkley está en frenar esas respuestas; el modelo no las presenta como las conductas que más le cuesta realizar al niño.

4 Dice lo contrario del modelo, que sitúa en el TDAH un déficit en la inhibición de esas respuestas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 507-508. Enseñat Cantallops, A., Roig Rovira, T. y García Molina, A. (coords.) (2023). Neuropsicología del desarrollo. Síntesis. Cap. 6, pág. 157.

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

196 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes es un componente principal de la técnica de la inversión del hábito para los tics simples?:

1 El reforzamiento positivo de los esfuerzos del niño por inhibir el tic.

2 La práctica de una respuesta incompatible o competitiva a su aparición. ✓

3 El uso combinado de procedimientos operantes con psicofármacos.

4 La práctica negativa contingente.

La inversión del hábito enseña al niño a practicar una respuesta competitiva, incompatible con el tic

Fonseca presenta la **terapia de inversión del hábito**, ideada por **Azrin y Nunn** (1973), como la terapia de manejo de tics más estudiada y validada en niños y jóvenes. Incluye tres componentes. El **entrenamiento de conciencia** enseña a detectar el hábito, el entorno asociado y las sensaciones internas. El **entrenamiento de respuesta competitiva** introduce un comportamiento incompatible con el hábito, socialmente discreto, que se realiza ante los sentimientos o situaciones que lo provocan y se mantiene un minuto. El **apoyo social** ofrece recordatorios y refuerzo por entrenar la respuesta incompatible. La tabla 8.10 resume la técnica como un tratamiento que aumenta la conciencia y sustituye el tic por un hábito competitivo y discreto.

1 El refuerzo forma parte del apoyo social, pero se da por entrenar la respuesta incompatible o la conciencia, y la técnica descansa en la respuesta competitiva.

2 Es el segundo componente de la técnica, el entrenamiento de respuesta competitiva.

3 El manual reserva la combinación con fármacos para los síntomas graves o con lesiones, y la inversión del hábito es una terapia conductual.

4 La práctica negativa masiva, que permite repetir el síntoma sin restricciones hasta la saciación, es otra técnica distinta, de menor nivel de evidencia en la tabla 8.10.

Para fijarlo. Cuando llega el impulso del tic, el niño cruza los dedos o pega el brazo al cuerpo: ocupa el músculo que el tic necesita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, págs. 244-246 y tabla 8.10.

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

197

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de autorregulación de Barkley aplicado al TDAH ¿cuál de estos patrones conductuales ayuda a definir el déficit subyacente del trastorno?:

1. Una especial sensibilidad hacia los estímulos aversivos del medio.
2. Una incapacidad para generar “conductas gobernadas por reglas”. ✓
3. Una respuesta normal hacia los estímulos positivos del medio.
4. Una aversión generalizada ante todo tipo de norma.

En el modelo motivacional de Barkley, el niño hiperactivo falla en las conductas gobernadas por reglas

Caballo y Simón exponen el **modelo motivacional** de Barkley (1990), que pone la raíz del trastorno hiperactivo en un **déficit en la respuesta a las consecuencias ambientales**: los reforzadores positivos y los estímulos aversivos que afectan a la mayoría de los niños tienen efectos muy débiles en estos casos. Barkley recupera de Skinner el concepto de **conductas gobernadas por reglas**, las que se dan en respuesta a un estímulo verbal precedente y se acomodan a las condiciones que este determina. Muchas dificultades de los niños hiperactivos guardan relación con un déficit en esa conducta, sobre todo en su componente de **mantenimiento**, y el autor atribuye más peso a la habituación o saciación rápida ante los reforzadores y al fallo de los programas de refuerzo para sostener la conducta.

1. El modelo describe lo contrario, porque los estímulos aversivos tienen efectos muy débiles en el niño hiperactivo.
2. Es el déficit en las conductas gobernadas por reglas, que Barkley toma de Skinner para definir la situación que desencadena las dificultades del niño.
3. Los reforzadores positivos también muestran efectos muy débiles en estos niños, de modo que su respuesta a ellos no es normal.
4. El modelo habla de un fallo en el cumplimiento y sobre todo en el mantenimiento de la conducta que marca la regla, sin plantear una aversión generalizada a las normas.

Ojo. Barkley tiene dos modelos y conviene no mezclarlos. El motivacional (1990), de esta pregunta, se centra en las conductas gobernadas por reglas y lo recoge Caballo y Simón. El de inhibición conductual y autorregulación (1997), que es el que expone la Base del tema (Belloch 2020, vol. II, cap. 16, págs. 507-508), pone en el centro el déficit de inhibición de la respuesta, y entre las funciones ejecutivas que afecta incluye el habla autodirigida, que posibilita el seguimiento de instrucciones y reglas.

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. 14 (Servera et al., Hiperactividad infantil), apdo. 3.3, págs. 413-415. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 507-508.

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Caballo y Simón no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

198

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Los niños y adolescentes con Fobia Social Generalizada:

1. Presentan mayor afectación en su funcionamiento psicosocial que los niños con fobia social específica. ✓
2. Muestran una edad de inicio más tardía que los niños con fobia social específica.
3. Suelen tener un número inferior de familiares de primer grado diagnosticados de fobia social.
4. Presentan las mismas características que los niños con fobia social específica.

La fobia social generalizada afecta más al funcionamiento psicosocial que la no generalizada

El DSM-IV permitía especificar la **fobia social**, hoy trastorno de ansiedad social, como **generalizada** cuando los temores abarcaban la mayoría de las situaciones sociales; estas personas suelen temer tanto actuar en público como las situaciones sociales interactivas. El manual añade que pueden ser más propensas a presentar **deficiencias en sus habilidades sociales** y un **serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales**, es decir, una mayor afectación del funcionamiento psicosocial. Caballo recoge además una tendencia a una **edad de inicio más temprana** en la forma generalizada.

1. Es lo que el DSM-IV atribuye a la forma generalizada.
2. Ocurre lo contrario, porque hay pruebas de que los sujetos con la forma generalizada tienen una edad de inicio más temprana.
3. El DSM-5 indica que el trastorno es hereditario y que lo es menos la forma de solo actuación, la más circunscrita. Nada apoya que la generalizada tenga menos familiares afectados.
4. El manual describe diferencias en el alcance de los temores y en el deterioro, así que no presentan las mismas características.

Ojo. El enunciado habla de niños y adolescentes, pero el DSM-IV no da datos de la forma generalizada por edades; la respuesta se apoya en lo que dice para todas las edades.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Fobia social, pág. 422. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, pág. 208. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, pág. 205.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 79

199 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 3

El Trastorno Negativista Desafiante:

1. Implica un patrón de conducta desafiante, discutidor, acompañado de indiferencia afectiva.
2. Se considera grave cuando los síntomas aparecen en dos entornos diferentes.
3. Es un trastorno heterogéneo que se acompaña de problemas en el comportamiento, la regulación del humor y de las emociones. ✓
4. Es más prevalente en niñas que en niños (1,4:1).

El trastorno negativista desafiante combina problemas de conducta y de regulación del humor y las emociones

El DSM-5 sitúa el **trastorno negativista desafiante** entre el trastorno de conducta y el explosivo intermitente, con criterios repartidos de forma bastante uniforme entre las **emociones** (ira y enfado) y las **conductas** (discusión y desafío). Su criterio A reúne tres grupos de síntomas, enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y venganza, y el manual añade que algunos pacientes muestran solo las características conductuales, sin ánimo negativo. La opción 3 recoge esa mezcla de problemas de comportamiento y de regulación emocional. La **gravedad** depende del número de **entornos** en que aparecen los síntomas.

1. El componente emocional del trastorno es el enfado y la irritabilidad; la indiferencia afectiva no figura en su descripción.
2. Con síntomas en dos entornos la gravedad es moderada; la grave exige tres o más.
3. Recoge la mezcla de problemas conductuales y emocionales que define el trastorno.
4. El DSM-5 lo describe como algo más prevalente en los niños que en las niñas antes de la adolescencia (1,4:1).

GRAVEDAD DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Gravedad	Criterio del DSM-5-TR
Leve	Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros)
Moderado	Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos
Grave	Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno negativista desafiante, criterios, pág. 523

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Introducción del capítulo, pág. 461; trastorno negativista desafiante, págs. 462-464.

EN EL ATLAS Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 176, PIR 2022 · n.º 139, PIR 2025 · n.º 184

200

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 3

¿En qué consiste básicamente el entrenamiento o condicionamiento “gastroileal” en casos de encopresis?:

1 Es una forma especial de entrenamiento en biofeedback.

2 Es un tratamiento mixto, farmacológico y conductual.

3 Es un entrenamiento conductual basado en el manejo de estímulos fisiológicos pertinentes. ✓

4 Es un entrenamiento basado en técnicas de reforzamiento positivo.

El condicionamiento gastroileal pone la defecación bajo el control de los estímulos fisiológicos

Una de las intervenciones con más aceptación en la encopresis es el **entrenamiento en hábitos de defecación**, un programa multicomponente con **práctica programada**, reforzamiento positivo y **control de estímulos**. Según Vallejo y Rodríguez, el niño se sienta en el retrete 10-20 minutos después de cada comida principal porque son los momentos de mayor probabilidad de los **reflejos de evacuación**. Los refuerzos y las ayudas se retiran después de forma gradual para que el hábito de defecación quede **condicionado a los estímulos fisiológicos** que se producen de forma natural. Ese emparejamiento entre sentarse y los reflejos que siguen a la comida es lo que el comentario de partida, con Méndez (2006), llama condicionamiento gastroileal, un entrenamiento conductual basado en estímulos fisiológicos.

1 El biofeedback es otra técnica, que devuelve información sobre la presión o la tensión de los esfínteres y se aconseja en la contracción paradójica del esfínter.

2 El tratamiento médico, con desimpactación, laxantes y pautas dietéticas, se describe aparte, aunque el entrenamiento pueda combinarse con él.

3 Es un procedimiento conductual que hace coincidir el momento de sentarse con los reflejos de evacuación para que la defecación quede bajo el control de los estímulos fisiológicos.

4 El reforzamiento positivo es la técnica más empleada y común a todos los paquetes, pero se describe como técnica propia, y lo que define este condicionamiento es el uso de los estímulos fisiológicos.

Ojo. La expresión «condicionamiento gastroileal» no aparece en ninguna obra del corpus, que describe el procedimiento dentro del entrenamiento en hábitos de defecación (Vallejo y Rodríguez, págs. 465-466; Fonseca I/A, pág. 365). El término procede de las obras del comentario de partida, que no están en el corpus: Méndez et al. (2006), pág. 303, y la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003), pág. 170. Vallejo y Rodríguez señalan que en paralelo se recomiendan procedimientos médicos (enemas, dieta), lo que roza la opción 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, apdos. 3.4.1-3.4.2.4, págs. 464-466. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, pág. 365. Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (coords.) (2006). Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos. Pirámide. Pág. 303 (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 III. Infancia y adolescencia. Pirámide. Pág. 170 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación) y Fonseca I/A (Base).

201

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 1

¿Para qué grupo de edad está indicada la técnica de la tortuga?:

1. Niños pequeños (Educación Infantil y primeros cursos de Educación Primaria). ✓
2. Niños mayores (últimos cursos de Educación Primaria).
3. Preadolescentes (primeros cursos de Educación Secundaria).
4. Adolescentes (últimos cursos de Educación Secundaria y Bachillerato).

La técnica de la tortuga está pensada para niños pequeños

Caballo y Simón presentan la **técnica de la tortuga** (Schneider y Robin, 1976) como ejemplo de la incorporación de técnicas cognitivo-conductuales al tratamiento de la hiperactividad. Se aplica de forma individual o en grupo y está encaminada a enseñar a los **niños pequeños** a controlar sus **conductas impulsivas**, perturbadoras y agresivas. Se desarrolla en fases: se **modela la posición de la tortuga**, se entrena a los niños en **relajación**, se aprenden estrategias de **solución de problemas** y se programa la generalización y consolidación de lo aprendido. El comentario de partida la describe como una variante de la solución de problemas para los niños más pequeños.

1. Es la franja a la que se dirige la técnica, los niños pequeños.
2. Los niños de los últimos cursos de Primaria quedan fuera de la franja que da el manual, que habla de niños pequeños.
3. Tampoco la dirige a preadolescentes.
4. Ni a adolescentes; el comentario de partida reserva para ellos los contratos de contingencias.

Ojo. La Base del tema C27 (Fonseca I/A, cap. 7) no describe la técnica. El comentario de partida remite a la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III, que no está en el corpus.

Para fijarlo. Meterse en el caparazón es un juego de Infantil, no de Bachillerato.

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. 14 (Servera et al., Hiperactividad infantil), pág. 420. 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. 142 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Caballo y Simón no es fuente de este tema.

202

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 3

¿Qué estrategia se suele desaconsejar en el tratamiento psicológico de la enuresis durante el periodo de entrenamiento?:

1 Reforzamiento por mantener la cama seca.

2 Extinción en los episodios enuréticos.

3 Restricción de la ingesta de líquidos. ✓

4 Fomento de hábitos de sueño.

En el tratamiento conductual de la enuresis no se restringe la ingesta de líquidos

Vallejo y Rodríguez presentan el **método de alarma** (Mowrer y Mowrer, 1938) como tratamiento conductual de primera elección para la enuresis nocturna, con grado de recomendación A. Entre las consideraciones para aplicarlo, la última es literal: **no restringir la ingesta de líquidos**. Además, cuando se logran 14 noches secas comienza el **sobreaprendizaje**, en el que se aumenta la cantidad de líquido ingerida, uno o dos vasos antes de dormir, hasta conseguir otras 14 noches secas seguidas. El **entrenamiento en cama seca** también incluye el **aumento de la ingestión de líquidos** la primera noche para incrementar la necesidad de orinar. El manual recuerda que la desmopresina obliga a restringir los líquidos, y que por eso el tratamiento combinado impide el sobreaprendizaje.

1 Fonseca recoge que los programas de refuerzo, como la economía de fichas por noche seca, favorecen la tasa de éxito del método de alarma.

2 Ninguno de los dos manuales del tema trata la extinción de los episodios enuréticos, ni para recomendarla ni para desaconsejarla.

3 Es la pauta que Vallejo y Rodríguez enuncian como consideración del método de alarma, coherente con el sobreaprendizaje.

4 Los manuales del tema no incluyen el trabajo sobre los hábitos de sueño entre lo que se desaconseja en la enuresis.

Ojo. Vallejo y Rodríguez (pág. 448) señalan que el procedimiento original del método de alarma advertía de que no se dieran premios por mantener la cama seca, aunque hoy es frecuente usar una economía de fichas por noche seca. Con el procedimiento original, la opción 1 también sería desaconsejable; la clave se sostiene porque la restricción de líquidos choca con el sobreaprendizaje y el manual pide no aplicarla.

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, apdos. 2.4.2-2.4.2.2, págs. 446-448, 454 y 458. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 362-365 y tabla 12.5.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación) y Fonseca I/A (Base).

203

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

¿Qué clase de reforzamiento diferencial aplica el profesor al escolar con problemas de comportamiento cuando le refuerza por cada recreo sin peleas?:

1. Reforzamiento diferencial de conductas alternantes.
2. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.
3. Reforzamiento diferencial de otras conductas. ✓
4. Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conductas.

Reforzar cada recreo sin peleas es reforzamiento diferencial de otras conductas

Díaz, Ruiz y Villalobos sitúan el **reforzamiento diferencial de otras conductas** (RDO) entre los procedimientos básicos para eliminar conductas, que consiste en evitar el reforzamiento de la conducta problema y reforzar otras a cambio. Domjan lo identifica con el **entrenamiento por omisión**, en el que el individuo recibe de manera periódica el reforzador **siempre que haga algo distinto** a la respuesta especificada, de modo que emitir la conducta objetivo suprime la recompensa. Es lo que hace el profesor, porque el refuerzo llega por cada recreo en el que **no aparecen peleas**, haga el niño lo que haga en él. Las variantes que exigen reforzar una conducta concreta (incompatible o alternativa) o tolerar una frecuencia reducida (**tasas bajas**) no encajan con el caso.

1. En el reforzamiento de conductas alternativas se refuerzan conductas concretas que compiten con la problema, como jugar al balón o leer frente a ver la televisión, y aquí no se señala ninguna.
2. En el de conductas incompatibles se refuerza una conducta que no puede darse a la vez que la problema, como dibujar con las dos manos en lugar de morderse las uñas.
3. Es el reforzamiento de cualquier conducta salvo la que se quiere eliminar, entregado cada vez que el recreo transcurre sin peleas.
4. El de tasas bajas refuerza que la conducta se emita con menos frecuencia, y aquí se exige que no aparezca ninguna pelea en el recreo.

Ojo. Díaz, Ruiz y Villalobos usan «RDO» como nombre general y presentan como tipos suyos el reforzamiento de conductas incompatibles, el de alternativas y el de conductas funcionalmente equivalentes, y describen a continuación el de tasas bajas. La pregunta usa RDO en el sentido estricto de Domjan, el entrenamiento por omisión.

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. 5.1, págs. 177-179. Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 5, págs. 155-156.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 4

¿Qué son las escenificaciones emotivas?:

1 Una modalidad de entrenamiento en habilidades sociales.

2 Una modalidad de reestructuración cognitiva.

3 Una modalidad de entrenamiento en relajación.

4 Una modalidad de exposición. ✓

Las escenificaciones emotivas exponen al niño en vivo y de forma gradual a lo que teme, dentro de un juego

Las **escenificaciones emotivas** fueron creadas por Méndez (1986) como una **variante en vivo de las imágenes emotivas**. Caballo y Simón las definen como **interacciones en vivo con los estímulos fóbicos**, llevadas a cabo en un **contexto lúdico**, de forma gradual, breve y repetida, y las explican como una forma de **desensibilización en vivo** que usa como inhibidor de la ansiedad la alegría del juego, como una modalidad de práctica reforzada y como modelado participante. Méndez, Orgilés y Espada lo resumen en que consisten en exponerse gradualmente en vivo a los estímulos fóbicos en el transcurso de un juego de rol. Vallejo y Rodríguez añaden las ayudas del terapeuta (inducción verbal, modelado, guía física) y el refuerzo por aproximarse.

1 Las ayudas y el refuerzo del programa buscan que el niño se acerque al estímulo fóbico, y los manuales lo aplican a las fobias infantiles, sin relación con el entrenamiento en habilidades sociales.

2 Sus elementos son la exposición graduada, el juego, las ayudas del terapeuta y el refuerzo, y ninguno de los manuales la presenta como una forma de reestructuración cognitiva.

3 El agente que inhibe la ansiedad son los sentimientos de alegría, autoafirmación u orgullo que nacen del juego, y el programa no incluye entrenamiento en relajación.

4 Es una exposición gradual en vivo al estímulo fóbico, hecha en el curso de un juego.

Para fijarlo. En las escenificaciones el niño juega a ser su héroe mientras se acerca, paso a paso, a lo que le da miedo.

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. 5.5.2, págs. 82-83. 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), pág. 132. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, tabla 10, págs. 141-142.

EN EL ATLAS

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

205

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Qué posición es más indicada para prevenir el desmayo en la hematofobia?:

1. De pie en posición de afrontamiento.
2. Sentado en posición de relajación.
3. Tumbado en posición de Trendelenburg. ✓
4. En cualquier posición puesto que es irrelevante.

Para evitar el desmayo en la fobia a la sangre, al principio de la exposición el paciente está tumbado

Bados, en Vallejo (2012), recoge que en la **fobia a la sangre/inyecciones/daño** se han usado para prevenir el desmayo técnicas como **tumbarse**, bajar la cabeza hasta las rodillas estando sentado, la inducción de tensión muscular y las respuestas de enfado provocadas en imaginación. Si se emplea solo la exposición, aconseja que en las primeras fases el cliente esté tumbado para que la sangre pueda llegar al cerebro y se evite el desmayo. Méndez, Orgilés y Espada lo concretan en la infancia: en la fobia a la sangre con historial de desmayos se recomienda la **posición de Trendelenburg**, tumbado boca arriba con la cabeza 45º más baja que los pies, para favorecer el **riego sanguíneo del cerebro** y prevenir la lipotimia.

1. Estar de pie no figura entre las posiciones que el manual propone para prevenir el desmayo.
2. Crespo desaconseja en estas fobias las técnicas de relajación, que propician la disminución de la presión sanguínea y pueden facilitar el desmayo.
3. Es la posición que se recomienda en la fobia a la sangre con historial de desmayos, tumbado boca arriba con la cabeza más baja que los pies.
4. La posición importa, porque de ella depende que la sangre llegue al cerebro y se prevenga la lipotimia.

Ojo. La recomendación de estar tumbado está en la 2.ª ed. de Vallejo (2012, cap. 6, pág. 237; el comentario de partida da la pág. 247) y la de la posición de Trendelenburg, en la 3.ª ed. del manual infantil (Comeche y Vallejo, 2016, pág. 126, que escribe «Trendelemburg»). La 4.ª ed. del manual de adultos (2023), la que usa el Atlas, ya no habla de posiciones: el capítulo de Crespo propone la tensión aplicada para prevenir el mareo y el desmayo, y desaconseja la relajación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Bados, Fobias específicas), apdo. 6.3.4, pág. 237. 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. 5.2.3, pág. 126. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 5 (Fobias específicas, Crespo), apdo. 6.6, págs. 189-190.

EN EL ATLAS

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

206

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Qué terapia, además de la cognitivo-conductual, es un tratamiento bien establecido para la depresión adolescente?:

1 La terapia psicoanalítica.

2 La terapia humanista.

3 La terapia sistémica.

4 La terapia interpersonal. ✓

Junto a la TCC, la terapia interpersonal es un tratamiento bien establecido para la depresión adolescente

La tabla 16.3 de Fonseca resume el apoyo empírico para la depresión en adolescentes de 11 a 18 años. La **TCC** general, individual y grupal y la **psicoterapia interpersonal** (IPT) general e individual tienen nivel de evidencia 1++ y **grado de recomendación A** (bien establecido); la IPT grupal es probablemente eficaz, y la **terapia familiar** y la biblioterapia solo posiblemente eficaces. Vallejo y Rodríguez recogen la misma clasificación de Weersing et al. (2017), que hace suya la división 53 de la APA: cinco tratamientos **bien establecidos** (nivel 1) para la depresión adolescente, la TCC y la terapia interpersonal en sus distintos formatos, y concluyen que ambas pueden considerarse de primera elección.

1 La terapia psicodinámica no figura entre los tratamientos con apoyo para la depresión adolescente, y en la infantil aparece en fase experimental (grado D).

2 La terapia humanista no aparece en las tablas de apoyo empírico de la depresión infantojuvenil.

3 La terapia familiar se considera solo posiblemente eficaz (grado C) en adolescentes, y la TCC individual ha superado a la terapia familiar como tratamiento alternativo.

4 Es la psicoterapia interpersonal, bien establecida (grado A) en su formato general e individual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, págs. 507-508 (tablas 16.2 y 16.3). Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, págs. 314-315.

EN EL ATLAS: Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 178

207

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 2

Un niño con problemas de comportamiento tira el plato de lentejas al suelo. Sus padres le obligan a recoger lo que ha tirado y a fregar el suelo de la cocina ¿cómo se denomina esta modalidad de castigo?:

1. Saciación.
2. Sobrecorreción. ✓
3. Tiempo fuera.
4. Coste de respuesta.

Recoger lo tirado y fregar además toda la cocina es sobrecorrección

Díaz, Ruiz y Villalobos definen la **sobrecorrección** como una penalización por una conducta inadecuada con dos componentes. La **restitución** consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta, como pagar los desperfectos de un acto vandálico. La **práctica positiva** implica llevar a cabo repetidamente, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada, como limpiar durante varios días las calles ensuciadas y las adyacentes. En el caso, recoger las lentejas es restitución y fregar todo el suelo de la cocina es práctica positiva. El manual subraya que, frente al castigo, la sobrecorrección cumple una **función educativa**, porque entrena conductas alternativas a la inapropiada.

1. Díaz y Ruiz mencionan la saciación como el momento en que un reforzador entregado una y otra vez pierde su valor, el fenómeno que evita la economía de fichas; no implica reparar ni practicar nada.
2. Es la sobrecorrección, con su restitución (recoger el plato) y su práctica positiva (fregar el suelo de la cocina).
3. El tiempo fuera niega el acceso temporal a los reforzadores tras la conducta inadecuada, como mandar al niño al rincón de pensar.
4. El coste de respuesta es la pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo, como la retirada de puntos del carnet.

Para fijarlo. Sobrecorregir es dejarlo mejor que antes: se arregla el destrozo y se practica de más lo correcto.

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. 183-184, 188 y 191.

EN EL ATLAS

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

208 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes tipos de terapia ha demostrado mayor efectividad en la intervención con niños que padecen algún trastorno del Espectro Autista? :

1 La terapia de integración sensorial.

2 La medicación psicoactiva.

3 Los sistemas de comunicación facilitada.

4 Los procedimientos basados en el análisis de conducta. ✓

Los procedimientos basados en el análisis de conducta son los que más evidencia acumulan en el autismo infantil

Fonseca incluye entre los tratamientos con evidencia científica para el TEA los **programas de intervención conductual**, que aplican las técnicas de la teoría del aprendizaje y la modificación de conducta, como el **ABA** (análisis aplicado de la conducta), la intervención en conductas pivotales y la mediada por las familias. Su tabla 6.5 da a la **intervención conductual intensiva temprana** un grado de recomendación B. Wicks-Nelson e Israel señalan que la **intervención conductual** ha sido eficaz para enseñar lenguaje, interacción social y autocuidado y para reducir la agresión y las autolesiones, y recogen los buenos resultados del programa intensivo de Lovaas. En cambio, consideran la medicación un **elemento accesorio** y la comunicación facilitada un ejemplo de falsa esperanza.

1 La terapia de integración sensorial no figura entre las intervenciones con evidencia que recoge el capítulo de Fonseca.

2 Wicks-Nelson e Israel indican que la medicación puede mitigar a corto plazo algunas alteraciones conductuales, pero la conciben como un elemento accesorio de otras intervenciones.

3 La comunicación facilitada se ha mostrado ineficaz, y los estudios sistemáticos indican que los mensajes se originan en los facilitadores.

4 Son los procedimientos con más evidencia de eficacia en el autismo infantil.

Ojo. Ninguna obra del corpus valora la terapia de integración sensorial en el TEA. El comentario de partida remite a la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003), pág. 43, que no está en el corpus. Fonseca I/A recoge, en el capítulo de discapacidad intelectual (cap. 4, pág. 148), que se han dirigido muchos esfuerzos a demostrar la ineficacia de la comunicación facilitada y que las intervenciones farmacológicas por sí solas son menos efectivas que las conductuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, págs. 200-203 y tabla 6.5; cap. 4, pág. 148. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 12, págs. 314-321. 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).

209

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el denominador común de los tratamientos psicológicos bien establecidos para las fobias infantiles?:

1. La relación gradual en vivo con el estímulo fóbico. ✓
2. El entrenamiento de padres e hijos de modo conjunto.
3. La psicoeducación y el control emocional.
4. La práctica reforzada.

Lo que comparten los tratamientos eficaces de las fobias infantiles es relacionarse gradualmente y en vivo con el estímulo fóbico

Méndez, Orgilés y Espada explican que el **principio activo** del tratamiento de las fobias específicas infantiles es la **relación con los estímulos fóbicos**, que cada corriente designa a su manera: desensibilización (Wolpe), práctica (Skinner), modelado (Bandura) o autoinstrucciones (Meichenbaum). Recomiendan que la exposición sea **gradual**, salvo en la fobia sangre-inyección-daño y en el rechazo escolar con inasistencia prolongada, y que se haga **en vivo**. Su resumen lo dice así: los procedimientos terapéuticos comparten el principio activo de relacionarse gradualmente en vivo con los estímulos fóbicos. Vallejo y Rodríguez mantienen en la 4.ª ed. que la **exposición gradual en vivo** es el único tratamiento bien establecido para la fobia específica en la infancia y la adolescencia.

1. Es el principio activo que comparten los procedimientos eficaces para las fobias infantiles.
2. La participación de los padres sirve para continuar la exposición en casa, pero el manual no la presenta como el elemento común a los tratamientos eficaces.
3. La psicoeducación y el control emocional no figuran como principio activo; el manual señala incluso que la relajación se emplea menos en la fobia específica que en otros trastornos de ansiedad.
4. La práctica reforzada es uno de los procedimientos que comparten ese principio activo, la versión que le da el análisis de conducta.

Ojo. Fonseca I/A (cap. 15, pág. 466) recoge, con Davis y Ollendick (2005), que la práctica reforzada, el modelado participante y la exposición son tratamientos bien establecidos, de modo que la opción 4 nombra un tratamiento eficaz. La pregunta pide el denominador común, y la práctica reforzada es una de sus formas. La explicación del principio activo está en la 3.ª ed. de Vallejo (2016); la 4.ª (2022), la que usa el Atlas, conserva la conclusión sobre la exposición gradual en vivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 3 (Méndez, Orgilés y Espada, Miedos y fobias infantiles), apdo. 5.2, págs. 124-126 y 141. 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. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 466.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca I/A (Ampliación).

210

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 2

En los procesos de coacción presentes en las relaciones de los padres con sus hijos cuando éstos presentan problemas de conducta de tipo disruptivo o perturbador, se ha remarcado el papel explicativo de:

1. La trampa del reforzamiento positivo.
2. La trampa del reforzamiento negativo. ✓
3. La trampa del castigo positivo.
4. La trampa del castigo negativo.

La teoría de la coacción de Patterson explica el proceso por la trampa del reforzamiento negativo

Wicks-Nelson e Israel exponen la **teoría de la coacción** de Patterson: las carencias de los padres en el gobierno de los niños conducen a una interacción crecientemente coactiva en la familia, y las nociones de **reforzamiento negativo** y **trampa del reforzamiento** son esenciales en ese proceso. La madre cede ante una rabieta en el supermercado y compra una golosina. A corto plazo, el niño consigue lo que quería y la madre pone fin a la rabieta, pero a largo plazo aumenta la probabilidad de que el niño vuelva a usar rabietas, y la madre, **reforzada negativamente**, cederá más ante futuras rabietas. Vallejo y Rodríguez recogen la misma hipótesis de la coerción como quizá el modelo más aceptado para explicar la desobediencia infantil.

1. El reforzamiento positivo directo, como la aprobación social de la agresión, puede aumentar el comportamiento coactivo, pero el manual lo presenta aparte de la trampa del reforzamiento negativo.
2. Es la trampa del reforzamiento negativo, que los autores consideran esencial para explicar el proceso de coacción.
3. El castigo aparece en la teoría por su ineficacia: en estas familias no suprime las conductas coactivas y puede aumentarlas, lo que se ha llamado aceleración del castigo.
4. El modelo no describe una trampa del castigo negativo; lo que agrava el proceso es la ineficacia del castigo y su uso incoherente.

> **Para fijarlo.** Cuando la madre cede a la rabieta, ganan los dos hoy y pierden los dos mañana.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 8, págs. 186-187. 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. 577-579.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Wicks-Nelson (Consulta) y Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 186

211

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 1

¿Cuándo se dispensa el reforzamiento del esfuerzo de retención en el entrenamiento en retención?:

1 Inmediatamente antes de la micción. ✓

2 Durante la micción.

3 Inmediatamente después de la micción.

4 Independientemente de la micción.

En el entrenamiento en retención, el esfuerzo se refuerza justo antes de orinar

El **entrenamiento en retención voluntaria** de Kimmel y Kimmel (1970) busca aumentar la capacidad de la vejiga durante el día mediante un procedimiento de **moldeamiento**: el niño pospone la micción de forma progresiva hasta un máximo de 45 minutos. Vallejo y Rodríguez detallan sus pautas. Los padres animan al niño a beber uno o dos vasos de líquido y, cuando avisa de que tiene ganas de orinar, le piden que **retenga la orina** unos minutos. Una vez cumplido el tiempo de espera, lo **refuerzan por el esfuerzo siempre antes de orinar**, y la cuantía del reforzador crece a medida que se alarga la retención. Fonseca añade que la técnica tiene una eficacia limitada, con un porcentaje de éxito del 19 por 100.

1. Es el momento que fija el procedimiento: el refuerzo llega al acabar la espera, siempre antes de orinar.
2. Durante la micción el esfuerzo de retener ya ha terminado; el procedimiento sitúa el refuerzo al acabar la espera, antes de que el niño orine.
3. Reforzar después de orinar no es lo que indica el manual, que pide hacerlo siempre antes de la micción.
4. El refuerzo depende del esfuerzo de retención y su cuantía aumenta con el tiempo retenido, de modo que está ligado a la espera previa a la micción.

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. 2.4.2.3, pág. 456. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 363-364.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación) y Fonseca I/A (Base).

212

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

En el modelo de inteligencia de los tres estratos de Carroll:

1. El primer estrato corresponde al factor G.
2. La inteligencia cristalizada forma parte del segundo estrato. ✓
3. La inteligencia fluida pertenece al tercer estrato.
4. Encontramos muchas similitudes con el modelo de Guilford pero menos con el de autores como Cattel o Vermon.

En el modelo de Carroll, la inteligencia cristalizada pertenece al segundo estrato

Sánchez-Elvira resume la **teoría de los tres estratos** de Carroll en el cuadro 5.20. El estrato alude al **nivel absoluto de generalidad** de un factor, con independencia del orden factorial en que se obtenga. El **primer estrato**, el más concreto, reúne un gran número de aptitudes mentales primarias que se asemejan enormemente a las de Guilford. El **segundo estrato** agrupa factores de mayor generalidad: inteligencia fluida (2F), **inteligencia cristalizada** (2C), memoria y aprendizaje, percepción visual y auditiva, capacidad de recuperación, velocidad cognitiva y rapidez de procesamiento. El **tercer estrato**, el más general, es un único factor de inteligencia general que se corresponde con el factor g de Spearman. El manual presenta la teoría como la síntesis final de la mayor parte de los modelos sobre la estructura de la inteligencia.

1. El factor g ocupa el tercer estrato; el primero es el de las aptitudes concretas.
2. Es uno de los factores amplios del segundo estrato, junto a la inteligencia fluida.
3. La inteligencia fluida también está en el segundo estrato; el tercero solo contiene el factor general.
4. Las aptitudes del primer estrato se parecen mucho a las de Guilford, pero el segundo recoge factores como los de Cattell y Horn, y el manual presenta la teoría como síntesis de la mayor parte de los modelos estructurales.

Ojo. La primera parte de la opción 4 tiene apoyo en el manual, que dice que las aptitudes del primer estrato se asemejan enormemente a las de Guilford; lo que falla es que el modelo se parezca menos al de Cattell o Vernon. El manual también recoge que Carroll (1993) no halló una correlación tan elevada entre g y la inteligencia fluida como Gustafsson.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 257-261, figura 5.28 y cuadro 5.20.

EN EL ATLAS

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

213

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

De acuerdo con el modelo de inteligencia de Guilford, los sistemas, transformaciones y relaciones son ejemplos de:

1 Contenidos.

2 Operaciones mentales.

3 Productos. ✓

4 Factores específicos.

En el modelo de Guilford, sistemas, transformaciones y relaciones son productos

Sánchez-Elvira describe el **modelo cúbico** de Guilford, según el cual la inteligencia está compuesta por 120 aptitudes independientes que derivan de combinar tres dimensiones: operaciones (cinco), contenidos (cuatro) y productos (seis). Las operaciones son las actividades cognitivas que procesan la información (cognición, memoria, producción convergente, producción divergente y evaluación). Los contenidos son el tipo de información que se procesa (figurativos, simbólicos, semánticos y conductuales). Los **productos** son los **resultados** de las operaciones realizadas con los contenidos, y son seis (unidades, clases, **relaciones**, **sistemas**, **transformaciones** e implicaciones).

1. Los contenidos son el tipo de información que se procesa: figurativos, simbólicos, semánticos y conductuales.
2. Las operaciones son las actividades cognitivas que procesan la información: cognición, memoria, producción convergente, producción divergente y evaluación.
3. Relaciones, sistemas y transformaciones están entre los seis productos, los resultados de aplicar las operaciones a los contenidos.
4. El modelo no tiene una dimensión de factores específicos; sus tres dimensiones son operaciones, contenidos y productos.

Para fijarlo. Operaciones es lo que haces, contenidos es con qué lo haces y productos es lo que te sale.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, cuadro 5.14, págs. 241-242.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

214 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con la teoría triárquica de Sternberg ¿qué perfiles de inteligencia se pueden identificar?:

1 Adaptiva, Selectiva y Práctica.

2 Metacomponencial, Ejecutiva y Práctica.

3 Imaginativa, Computacional y Social.

4 Analítica, Práctica y Creativa. ✓

La teoría triárquica de Sternberg da lugar a perfiles de inteligencia analítica, práctica y creativa

La **teoría triárquica** de Sternberg tiene tres subteorías. La que estudia el mundo interno del individuo (componencial) se ocupa de los metacomponentes, los componentes de ejecución y los de adquisición del conocimiento. La del mundo externo (contextual) describe la adaptación, el modelado y la selección del entorno. La de la experiencia trata la habilidad para manejar la novedad y para automatizar. Sánchez-Elvira explica que, aunque las tres subteorías trabajan juntas, nadie funciona igual en todas, de modo que surgen perfiles distintos: la **inteligencia analítica**, con un manejo óptimo de los componentes internos; la **inteligencia creativa**, que aplica los componentes a la creación y al descubrimiento; y la **inteligencia práctica**, con más habilidad para adaptarse, modelar y seleccionar los entornos.

1 La adaptación y la selección son procesos de la subteoría contextual, que la inteligencia práctica maneja junto al modelado; no son perfiles distintos.

2 Los metacomponentes y los componentes de ejecución son elementos de la subteoría componencial, cuyo manejo óptimo define el perfil analítico.

3 Ninguno de esos tres términos aparece entre los perfiles que describe el manual.

4 Son los tres perfiles que derivan de las tres subteorías: analítico, práctico y creativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 317-319 y figura 6.17.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 47

215 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H15 · Identidad personal: el self

Respuesta correcta: 1

Ante sucesos estresantes, las personas con alta complejidad en su autoconcepto muestran, en comparación con las bajas en complejidad:

1 Menos daño en su estado de ánimo. ✓

2 Más síntomas físicos.

3 Más deterioro en las relaciones sociales.

4 Expectativas más negativas.

Un autoconcepto complejo amortigua el efecto del estrés sobre el estado de ánimo

En el **modelo de Linville**, el autoconcepto es complejo cuando el conocimiento sobre uno mismo se organiza en muchas facetas bien diferenciadas, de modo que la respuesta emocional que se activa en una queda circunscrita a ella con poca **propagación emocional**. De ahí salen dos hipótesis. Según la de la **extremidad afectiva**, quien tiene un autoconcepto poco complejo muestra más variabilidad en su estado de ánimo y su autoevaluación tras un acontecimiento vital. Según la **hipótesis amortiguadora**, ante el estrés las personas con un autoconcepto complejo sufren menos consecuencias negativas en su salud. Linville (1987) halló que, con muchos acontecimientos estresantes, quienes tenían un autoconcepto más complejo percibían menos estrés y presentaban **menos síntomas físicos y depresivos**.

1 Es lo que predicen las dos hipótesis de Linville: con más facetas diferenciadas, el suceso negativo afecta menos al estado de ánimo.

2 Linville (1987) encontró menos síntomas físicos en las personas con autoconcepto complejo que habían vivido muchos sucesos estresantes.

3 El manual no relaciona la complejidad con un deterioro de las relaciones sociales; señala que se adquiere con una experiencia social variada y con el desempeño de más roles.

4 Según el modelo, en el autoconcepto complejo el efecto del estrés sobre los pensamientos y las emociones negativas es menor y más limitado.

Para fijarlo. Quien tiene muchos yoes no lo pierde todo cuando falla uno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 12, apdo. 2.3.1, págs. 540-545.

Tema H15 · Identidad personal: el self. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

216

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con el modelo de Personalidad de J.A. Gray, las personas altas en Extraversión y Neuroticismo se caracterizan por:

1. Alta ansiedad.
2. Alta Evitación del daño.
3. Alta tendencia a la lucha/huida.
4. Alta impulsividad. ✓

Para Gray, quien es alto en extraversión y en neuroticismo es alto en impulsividad

Sánchez-Elvira presenta el modelo de Gray como alternativa al de Eysenck. Gray propone dos dimensiones, **ansiedad** e **impulsividad**, que resultan de combinar las dos primeras de Eysenck. La ansiedad nace de la confluencia del polo introversión con la inestabilidad emocional (alto neuroticismo), y la **impulsividad**, de la confluencia **extraversión-inestabilidad emocional**. Ambas son **unipolares**. Bermúdez lo formula igual: los altos en impulsividad lo son tanto en neuroticismo como en extraversión. La impulsividad se apoya en el **sistema de activación conductual** (BAS), sensible a las señales de premio, y la ansiedad, en el sistema de inhibición conductual (BIS), sensible a las de castigo.

1. La ansiedad corresponde a la combinación de introversión y alto neuroticismo.
2. La evitación del daño es una dimensión del temperamento en el modelo de Cloninger, que Belloch recoge junto a la búsqueda de novedad y la dependencia de la recompensa.
3. Colom describe el sistema de combate/huida (FFS) como un tercer sistema del modelo de Gray, ligado a los estímulos aversivos incondicionados, que no resulta de combinar extraversión y neuroticismo.
4. Es la impulsividad, que surge de la confluencia de extraversión e inestabilidad emocional.

Para fijarlo. Introvertido inestable, ansioso; extravertido inestable, impulsivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, apdo. 3.2.4, pág. 358 (figura 7.12). 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 (edición digital sin paginar). Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 16, pág. 473. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 400.

EN EL ATLAS

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

217

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

De acuerdo con Cattell, señale qué tipo de datos estamos recogiendo si, para evaluar la impulsividad, hacemos que un individuo dibuje una línea lo más despacio posible:

1 Datos T. ✓

2 Datos Q.

3 Datos L.

4 Datos F.

Una tarea objetiva cuyo propósito desconoce el evaluado, como trazar una línea muy despacio, aporta datos T

Cattell quiso validar su taxonomía de la personalidad con tres fuentes de datos. Según el cuadro 7.2 de Sánchez-Elvira, los **datos T** provienen de las respuestas a **pruebas objetivas**, 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. Bermúdez añade que eran los preferidos de Cattell y que la persona **no es consciente de la relación** entre su respuesta y la característica que se mide, como en la actividad exploratoria en un laberinto, la escritura al revés o la **presión de la escritura**. Dibujar una línea lo más despacio posible para evaluar la impulsividad es una tarea de ese tipo.

1. Es una prueba objetiva en la que el evaluado no sabe qué rasgo se mide, la definición de los datos T.
2. Los datos Q proceden de los autoinformes que las personas hacen de sí mismas en cuestionarios.
3. Los datos L derivan de la observación de la frecuencia e intensidad de conductas específicas, o de hechos contrastables de la vida real.
4. Cattell no distinguía unos datos F; sus tres fuentes eran L, Q y T.

CUADRO 7.2. PRINCIPALES FUENTES DE DATOS UTILIZADAS POR R. B. CATTELL

Fuente	Descripción
Datos «L»	Datos derivados de la observación de la frecuencia e intensidad de manifestación de conductas específicas en las personas objeto de observación.
Datos «Q»	Datos derivados de los autoinformes que las personas realizan acerca de sí mismos en los cuestionarios elaborados al respecto. Esta fuente de datos presenta ciertos inconvenientes, en la medida en que las personas pueden distorsionar, voluntaria o involuntariamente, sus respuestas a los mismos, en función de fenómenos tales como la deseabilidad social de las respuestas o la aquiescencia (tendencias de respuesta en una dirección dada, ej. hacia el «sí», o hacia el «no»).
Datos «T»	Datos provenientes de la evaluación de las respuestas o conductas generales de los sujetos a pruebas objetivas (ej. de rendimiento, o fisiológicas), en situaciones estandarizadas y empíricamente controladas. Dichas situaciones no deben proporcionar a los individuos información alguna acerca de los propósitos últimos de las pruebas (es decir, la evaluación de características personales), de forma que puedan obviarse las tradicionales fuentes de error asociadas a los cuestionarios.

Fuente: Sánchez-Elvira (2005), cap. 7, cuadro 7.2, pág. 342

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

218

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

Dentro del modelo de Cinco Factores, la Búsqueda de Emociones, forma parte de:

1. Neuroticismo.
2. Apertura a la Experiencia.
3. Responsabilidad.
4. Extraversión. ✓

La búsqueda de emociones es una faceta de la extraversión en el modelo de cinco factores

En el modelo de cinco factores de Costa y McCrae, cada factor se desglosa en **seis facetas**. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán enumeran las de la **extraversión**: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, **búsqueda de emociones** (E5, búsqueda de estimulación y excitación) y emociones positivas. Las personas altas en extraversión son sociables, activas, habladoras, optimistas y amantes de las diversiones. El **neuroticismo** incluye ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad; la **apertura**, fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores; y el **tesón**, competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

1. Las facetas del neuroticismo son ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.
2. Las facetas de la apertura son fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores.
3. La responsabilidad, que el manual llama tesón, incluye competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.
4. Es la quinta faceta de la extraversión (E5), la búsqueda de estimulación y excitación.

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 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

219 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con Bandura ¿cuál de los siguientes es un determinante de las creencias de autoeficacia?:

1 Exigencias internas.

2 Autorregulación

3 Autorreforzamiento.

4 Arousal emocional. ✓

El estado emocional y fisiológico es una de las fuentes de las creencias de autoeficacia

Bermúdez recoge, con Bandura (1977), que las creencias de autoeficacia pueden venir de cuatro fuentes de información. La más importante es la **propia experiencia de éxito o fracaso**. Otra es la **experiencia vicaria**, que se aprovecha mejor cuando se observa a personas con las que se tiene mucho en común. La tercera es la **persuasión verbal**, cuando a uno le animan destacando sus cualidades y la confianza en que puede hacerlo. Por último, los **estados emocionales y fisiológicos** también afectan a la autoeficacia cuando se asocia un mal resultado a una activación desagradable. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán dedican a esta fuente el apartado de los **indicadores de activación fisiológica y emocional**.

1. Las exigencias internas no figuran entre las cuatro fuentes de la autoeficacia que describe el manual.
2. La autorregulación tampoco está entre las fuentes de las que, según el manual, nacen estas creencias.
3. El autorreforzamiento tampoco aparece entre las fuentes; son la experiencia propia, la vicaria, la persuasión verbal y los estados emocionales y fisiológicos.
4. El arousal emocional corresponde a los estados emocionales y fisiológicos, la cuarta fuente de las creencias de autoeficacia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 343-344. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 9, apdos. 3.1-3.4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base) y Bermúdez 2017 (Ampliación).

220 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 4

Los estudios sobre genética conductual en torno a la dimensiones principales de la personalidad muestran que:

1. El error de medida podría superar el 60%.
2. El ambiente compartido tiene más peso que la influencia genética.
3. Los factores genéticos contribuyen en un 70% a la varianza de las dimensiones principales de la personalidad.
4. El ambiente no compartido tiene más peso que el compartido. ✓

En personalidad, el ambiente no compartido pesa mucho más que el compartido por la familia

Sánchez-Elvira recoge, con Plomin et al. (2002), que los estudios de genética conductual muestran la importancia de la herencia en la personalidad sin despreciar el ambiente, y que dentro de la varianza ambiental destaca el **ambiente específico** del individuo, el **no compartido** familiarmente. Al desglosar la varianza fenotípica, cabría atribuir un **40 % a la varianza genética**, un **35 % a la específica** y solo un **5 % a la compartida** familiarmente, y el 20 % restante sería **varianza error**. La escasa importancia del ambiente común cuestiona el papel que diversas corrientes dan a las características familiares; pesan más el trato diferencial que reciben los hijos, los amigos o las experiencias fuera del hogar.

1. La varianza error que se atribuye es del 20 %, muy lejos del 60 %.
2. El ambiente compartido explica solo un 5 %, frente al 40 % de la influencia genética.
3. Plomin et al. atribuyen a los factores genéticos en torno al 40 %, y por factores la heredabilidad que recoge el manual va del 36 % al 50 %.
4. El ambiente específico o no compartido (35 %) pesa mucho más que el compartido (5 %).

> **Para fijarlo.** En personalidad, los hermanos se parecen por los genes y se diferencian por lo que viven cada uno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, págs. 528-529.

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

221 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 3

Según Cantor (1990,1994), las metas que los individuos persiguen en periodos concretos de la vida y contextos específicos se llaman:

1 Aspiraciones personales.

2 Roles sociales.

3 Tareas vitales. ✓

4 Proyectos personales.

Las metas que se persiguen en etapas y contextos concretos de la vida son las tareas vitales de Cantor

Bermúdez presenta tres teorías actuales de metas: las **aspiraciones personales** (Emmons, 1986), los **proyectos personales** (Little, 1989) y las **tareas vitales** (Cantor, 1990, 1994). Las tareas vitales son la traducción que el individuo hace de sus metas en tareas específicas, como acabar los estudios, en las que trabaja en **períodos concretos de la vida** y en **contextos especificados**. Cantor destaca las influencias de la cultura, la sociedad y la edad, de modo que hacer amigos y aprobar son tareas de la adolescencia, y formar una familia, de la edad adulta. En un continuo interno-externo, en las tareas vitales pesan más los **factores externos**, en las aspiraciones personales la regulación interna, y los proyectos personales quedan en un punto medio.

1 Las aspiraciones personales de Emmons son lo que un individuo típicamente intenta hacer, como conocer gente nueva o dar buena impresión, y dependen sobre todo de la regulación interna.

2 Los roles sociales no figuran entre las unidades de metas que recoge el manual.

3 Son las tareas vitales, propias de períodos concretos de la vida y de contextos especificados.

4 Los proyectos personales de Little son secuencias de acciones personalmente relevantes dirigidas a una meta, desde hacer la compra hasta conseguir la justicia en el mundo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, apdo. 3.1.4, págs. 222-224.

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

222 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 2

La tendencia de las personas mayores a revisar su trayectoria vital y tratar de dar sentido a lo vivido ¿con qué crisis vital está relacionada según Erik Erikson?:

1 Generatividad frente a estancamiento.

2 Integridad frente a desesperación. ✓

3 Inversión vital frente a expansión vital.

4 Compromiso vital frente a desimplicación vital.

Revisar la propia vida y darle sentido en la vejez es el reto de la integridad frente a la desesperación

García Madruga y Delval sitúan en la vejez la dicotomía **integridad del yo frente a desesperación**: quien se acerca al final de su vida puede hacer una **evaluación global** en la que su trayectoria vital cobra sentido, estar orgulloso de los aciertos y aceptar los fracasos, y así logra la **sabiduría**; quien cae en la desesperación querría dar marcha atrás y tomar otras decisiones. Papalia y Martorell describen esta octava y última etapa como la necesidad de evaluar y aceptar la propia vida para aceptar la muerte, y relacionan con ella la **revisión de la vida**, que fortalece la integridad del yo. La **generatividad frente a estancamiento** es la crisis de la adultez media.

1 La generatividad frente a estancamiento corresponde a la adultez media, con la productividad y el cuidado como cualidades.

2 Es la octava etapa de Erikson, en la que la persona evalúa y acepta su vida para que cobre sentido.

3 La inversión vital frente a expansión vital no es ninguna de las crisis de Erikson que recogen los manuales.

4 El compromiso vital frente a desimplicación vital tampoco figura entre sus ocho etapas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 14, apdo. 2.1, tabla 14.2 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 18, pág. 529; cap. 19, pág. 575.

EN EL ATLAS

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

223 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 1

En las primeras etapas de la adquisición de lenguaje, los niños pueden decir “yo sabo” en lugar de “yo sé”, o “se ha rompido” en lugar de “se ha roto” ¿cómo se denomina este tipo de errores?:

1. Sobrerregularización. ✓
2. Sobreextensión.
3. Sobrerrestricción.
4. Desfase Léxico.

Decir «sabo» o «rompido» es sobrerregularizar, es decir, aplicar la regla de los verbos regulares a los irregulares

García Madruga y Delval explican que, en la adquisición de la gramática, hay una fase en la que el niño aplica las reglas formales de forma rígida, sin tener en cuenta las excepciones, y aparece la **sobrerregularización** o **hiperregularización**. En las formas verbales consiste en la tendencia a **regularizar todos los verbos**, aplicando las terminaciones de los regulares también a los **irregulares**: el niño dice «hacido» en lugar de «hecho». La regla es productiva para formar verbos regulares que nunca ha oído, pero lleva a errores en los irregulares. El fenómeno sigue una **curva en U**, con uso correcto inicial por memoria, errores por sobregeneralización y uso correcto final de las formas irregulares.

1. Es la sobrerregularización, la aplicación de una regla gramatical regular a verbos irregulares, como en «sabo» o «rompido».
2. La sobreextensión es un fenómeno léxico: usar una palabra también para conceptos que comparten propiedades con su referente, como llamar perro a otros animales de cuatro patas.
3. La subextensión o restricción consiste en usar una palabra solo para una parte de su referente, como perro para una sola raza.
4. El manual usa «desfase» para los desfases horizontales del desarrollo cognitivo y no describe ningún desfase léxico entre los errores de la adquisición del lenguaje.

Trampa. Sobreextensión y subextensión son errores del significado de las palabras (léxico); la sobrerregularización es un error de la gramática (morfología).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 6, cuadro 6.2 y apdos. 3.3.1-3.3.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

224 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor

Respuesta correcta: 2

El reflejo del recién nacido por el que si se roza su mejilla gira la cabeza hacia ese lado y abre la boca ¿cómo se denomina?:

1. Reflejo de Babinski.
2. Reflejo de Búsqueda. ✓
3. Reflejo de Moro.
4. Reflejo de succión.

Si se roza la mejilla del recién nacido y gira la cabeza abriendo la boca, es el reflejo de búsqueda

La tabla 4.4 de Papalia y Martorell describe el **reflejo de búsqueda**: al rozar la mejilla o el labio inferior del bebé con un dedo o un pezón, gira la cabeza, abre la boca y comienza un movimiento de succión; está presente al nacer y desaparece hacia el noveno mes. García Madruga y Delval lo definen igual en su tabla 3.2 (contacto con la mejilla y movimiento de cabeza para situar el objeto en la boca) y le dan la función de **orientar la boca** hacia la fuente de alimentación. El **reflejo de succión** se distingue porque lo dispara la introducción de un objeto en la boca, y el Babinski y el Moro responden a estímulos sobre la planta del pie y a la pérdida de sustentación o un ruido fuerte.

1. En el reflejo de Babinski, al tocar la planta del pie, el bebé tuerce los pies y abre los dedos.
2. Es el reflejo de búsqueda: ante un roce en la mejilla, gira la cabeza, abre la boca y empieza a succionar.
3. En el reflejo de Moro, cuando el bebé se cae o escucha un ruido fuerte, extiende piernas, brazos y dedos, arquea la espalda y gira la cabeza.
4. El reflejo de succión se provoca al introducir un objeto en la boca, que responde con movimientos de succión rítmicos.

TABLA 4.4. PRIMEROS REFLEJOS HUMANOS

Reflejo	Estimulación	Conducta del bebé	Edad de aparición	Edad de desaparición
Moro	El bebé se cae o escucha un ruido fuerte.	Extiende piernas, brazos y dedos, arquea la espalda, gira la cabeza.	Séptimo mes de gestación	Tercer mes
Darwiniano de prensión	Se toca la palma de la mano del bebé.	Aprieta el puño; puede ponerse de pie si tiene los dos puños cerrados alrededor de un bastón.	Séptimo mes de gestación	Cuarto mes
Tónico del cuello	El bebé es acostado de espaldas.	Gira la cabeza a un lado, asume la postura del esgrimista, extiende el brazo y la pierna del lado preferido, flexiona las extremidades opuestas.	Séptimo mes de gestación	Quinto mes
Babkin	Se tocan las dos palmas al mismo tiempo.	Abre la boca, cierra los ojos, flexiona el cuello, mueve la cabeza adelante.	Al nacer	Tercer mes
Babinski	Se toca la planta del pie.	Tuerce los pies y abre los dedos.	Al nacer	Cuarto mes
Búsqueda	Se roza la mejilla o el labio inferior del bebé con un dedo o un pezón.	Gira la cabeza, abre la boca, comienza un movimiento de succión.	Al nacer	Noveno mes
Marcha	El bebé es sostenido bajo los brazos, con los pies descalzos sobre una superficie plana.	Hace movimientos como de caminar que parecen una marcha coordinada.	Primer mes	Cuarto mes
Natatorio	El bebé se pone en agua boca abajo.	Hace movimientos de natación bien coordinados.	Primer mes	Cuarto mes

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 4, tabla 4.4, pág. 113

Ojo. Las dos obras dan fechas distintas para algunos reflejos: García Madruga y Delval sitúan la desaparición del Babinski hacia los 8-12 meses y la del Moro hacia los 6 meses; Papalia y Martorell, en el cuarto y el tercer mes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 4, tabla 4.4, pág. 113. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 3, tabla 3.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS: Tema J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor. Se estudia con García Madruga y Delval (Ampliación).

---

225 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 4

Cuando un adolescente no ha abordado los problemas de identidad ni se ha comprometido en ninguna opción de futuro ¿ en qué estado de identidad se encuentra, según el modelo de J. Marcia (en el contexto de los planteamientos evolutivos de E. Erikson)?:

1. Identidad prematura.
2. Exclusión.
3. Identidad consolidada.
4. Difusión de identidad. ✓

Sin crisis ni compromiso, el adolescente está en difusión de la identidad

Marcia, a partir de los planteamientos de Erikson, propone cuatro estados de identidad que combinan dos dimensiones: la **crisis**, periodo de toma de decisión personal y autónoma, y el **compromiso**, asunción efectiva de la responsabilidad en esos aspectos. García Madruga y Delval describen en la tabla 11.3 la **identidad difusa**, en la que no se ha explorado ni se adoptan compromisos, la persona no ha considerado su identidad ni se ha fijado metas y simplemente reacciona ante las situaciones. Papalia y Martorell llaman a ese estado **difusión de la identidad** (sin compromiso ni crisis) y lo distinguen del logro de la identidad, la exclusión (compromiso sin crisis) y la moratoria (crisis sin compromiso).

1. «Identidad prematura» no es ninguno de los nombres que usan los manuales; el estado de compromiso sin crisis es la identidad hipotecada, que acepta de forma acrítica los valores de otros.
2. La exclusión es el nombre que dan Papalia y Martorell a ese mismo estado de compromiso sin crisis.
3. «Identidad consolidada» tampoco es un término de los manuales; el logro de la identidad supone haber pasado por una crisis y haber adquirido compromisos.
4. Es la difusión de la identidad, el estado sin crisis ni compromiso.

Ojo. Cada manual traduce los estados de forma distinta: identidad difusa, hipotecada, moratoria y de logro en García Madruga y Delval; difusión de la identidad, exclusión, moratoria y logro de la identidad en Papalia y Martorell. «Identidad prematura» e «identidad consolidada» no aparecen en ninguno de los dos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 11, tabla 11.3 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 354-355.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 206

226 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina el proceso por el que un experto (p.ej. un adulto) ofrece ayudas temporales a un novato (p.ej. un niño) para facilitar que domine una determinada tarea o problema?:

1 Andamiaje. ✓

2 Aprendizaje contingente.

3 Técnica del incidente crítico.

4 Enseñanza significativa.

El apoyo temporal de un experto para que el niño domine una tarea se llama andamiaje

En la **teoría sociocultural** de Vygotsky, los adultos o compañeros más avanzados ayudan a dirigir y organizar el aprendizaje del niño para que lo domine e internalice. Esa guía es más eficaz para cruzar la **zona de desarrollo próximo**, la brecha entre lo que el niño puede hacer solo y lo que puede lograr con la guía adecuada, y la responsabilidad pasa poco a poco al niño. Papalia y Martorell llaman **andamiaje** al apoyo que padres, maestros y otras personas brindan al ayudar a los niños con una tarea, y lo definen como **apoyo temporal** para que el niño domine una tarea. Papalia (2009) añade que ese apoyo se mantiene hasta que el niño puede hacer la tarea por sí solo.

1. Es el andamiaje, el apoyo temporal que da alguien más competente hasta que el niño puede hacer la tarea solo.
2. «Aprendizaje contingente» no es el término que usan los manuales para esta ayuda temporal.
3. La técnica del incidente crítico no tiene relación con la enseñanza guiada de una tarea.
4. «Enseñanza significativa» tampoco es el nombre del apoyo graduado que propone la teoría sociocultural.

Ojo. El comentario de partida cita la edición de 2012 de Santrock (pág. 173). En el Drive hay la 6.ª ed. (2021), fuera del corpus del Atlas, que describe el andamiaje como la estructura con que se construye un puente: da apoyo cuando es necesario y se retira poco a poco (cap. 5, pág. 135). Las opciones 2, 3 y 4 no aparecen en el corpus como alternativas a este concepto.

Para fijarlo. Como el andamio de un edificio, se pone mientras hace falta y se retira cuando la obra se sostiene sola.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 31. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 38. Santrock, J. W. (2021). Psicología de la educación (6.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 135 (no está en el corpus del Atlas).

EN EL ATLAS: Tema J1 · Teorías del desarrollo. Se estudia con Papalia 2009 (Base).

227 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

La alteración que se caracteriza porque la persona dice que se percibe a sí misma en el espacio exterior, se denomina:

1 Autoscopia. ✓

2 Alucinación extracampina.

3 Sentido de presencia.

4 Ilusión del doble.

Percibirse a uno mismo en el espacio exterior es autoscopia

Vallejo Ruiloba define la **autoscopia** como la **visión de uno mismo en el espacio exterior** (fenómeno del doble): la imagen suele ser completa, de frente e inmóvil, dura unos segundos, se acompaña de intenso miedo y se ha descrito en lesiones del cuerpo calloso. Belloch añade que el paciente se ve a sí mismo y **sabe que es él**, por lo que se llama también «imagen fantasma en el espejo», y que no es solo una alucinación visual, porque la acompañan sensaciones cinestésicas y somáticas. Vallejo Ruiloba pide diferenciarla de la **sensación de presencia**, en la que el esquizofrénico afirma que hay «alguien» cerca que lo observa.

1. Es la autoscopia, la visión de uno mismo en el espacio exterior.
2. Las alucinaciones extracampinas se experimentan fuera del campo visual o auditivo, como ver a alguien sentado detrás cuando se mira de frente, y no implican verse a uno mismo.
3. En la sensación de presencia la persona siente que no está sola aunque no haya nadie a su alrededor, sin ver su propia imagen.
4. Vallejo Ruiloba recoge las ilusiones de dobles como síndromes de falsa identificación de otras personas (Capgras y Frégoli), distintos de la reduplicación del yo que supone la autoscopia.

Ojo. Los dos manuales llaman a la autoscopia «fenómeno del doble», lo que acerca la opción 4. Vallejo Ruiloba (cap. 41, tabla 41-7) reserva «ilusión de dobles» para el síndrome de Capgras (dobles negativos) y el de Frégoli (dobles positivos), y sitúa la autoscopia como reduplicación del yo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 44 (Gastó y Navarro), pág. e-696; cap. 41, tabla 41-7, pág. e-654. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 153 y 164-165.

EN EL ATLAS: Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación). es Ampliación del tema A4 · Atención y Conciencia.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 130

Respuesta correcta: 4

A diferencia de la inteligencia fluida, la inteligencia cristalizada:

1. Implica fundamentalmente aptitudes de inducción y deducción más que de comprensión verbal o riqueza de vocabulario.
2. Responde a un concepto mecánico de la inteligencia.
3. Evoluciona en forma de U invertida a lo largo del ciclo vital.
4. Se manifiesta especialmente en tareas cognitivas complejas. ✓

La inteligencia cristalizada se manifiesta sobre todo en tareas cognitivas complejas

Sánchez-Elvira resume en la tabla 5.2 las diferencias entre los dos factores de Cattell y Horn. La **inteligencia fluida** es el hardware, de concepto **mecánico** y determinación sobre todo biológica; se manifiesta en **tareas mentales simples** e implica aptitudes como la inducción y la deducción, y su curso es decreciente desde la juventud. La **inteligencia cristalizada** es el software, de concepto **pragmático** y determinación cultural y ambiental, basada en el aprendizaje y la experiencia; se manifiesta en **tareas cognitivas complejas**, implica la comprensión verbal y la riqueza de vocabulario, y su curso es creciente desde la juventud hasta la vejez. Por eso el manual la compara con un diamante pulido por las experiencias.

1. La inducción y la deducción son aptitudes de la inteligencia fluida; la cristalizada implica la comprensión verbal y la riqueza de vocabulario.
2. El concepto mecánico de la inteligencia corresponde a la fluida; el de la cristalizada es pragmático.
3. La tabla describe la cristalizada como creciente desde la juventud hasta la vejez y la fluida como decreciente; ninguna se presenta en forma de U invertida.
4. Es la manifestación preponderante de la cristalizada, frente a las tareas mentales simples de la fluida.

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

Ojo. En el capítulo sobre las diferencias de edad (cap. 11, pág. 563), el mismo manual matiza que las capacidades cristalizadas permanecen estables o crecen hasta los 60-70 años y empiezan a declinar cuando la persona es muy anciana, una trayectoria que podría leerse como una U invertida muy tardía. La clave se sostiene con la tabla 5.2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 251 y tabla 5.2; cap. 11, pág. 563.

EN EL ATLAS

Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base). es Base del tema H6 · Diferencias intergrupales: edad y género.

---

229 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

¿En qué tipo de problemas la solución de los mismos requiere la búsqueda de una secuencia de operaciones que permitan transformar la solución inicial en otra, que constituye la meta u objetivo?:

1. Problema de inducción estructural.
2. Problemas de transformación. ✓
3. Problemas de reorganización.
4. Problemas de razonamiento condicional.

Buscar una secuencia de operaciones que lleve del estado inicial a la meta define los problemas de transformación

González Labra recoge la clasificación de **Greeno (1978)**, basada en los procesos que se emplean para resolver el problema. En los problemas de **inducción estructural** hay que identificar el patrón de relaciones entre los elementos, como en las analogías. Los problemas de **transformación** se resuelven aplicando procedimientos u **operaciones al estado inicial** para alcanzar gradualmente el **estado meta**; la Torre de Hanói es el ejemplo clásico. En los problemas de **reordenación** la solución se obtiene con una nueva disposición de los elementos según algún criterio, como en los rompecabezas, los anagramas o la criptoaritmética. Greeno y Simon (1988) ampliaron después la categoría de transformación con otros subtipos.

1. En la inducción estructural se identifica el patrón de relaciones entre los elementos del problema, como en las analogías.
2. Es el problema de transformación, que exige aplicar operaciones al estado inicial hasta alcanzar la meta.
3. En los problemas de reordenación, que el enunciado llama de reorganización, se busca una nueva disposición de los elementos, como en los anagramas.
4. El razonamiento condicional es una forma de razonamiento deductivo que el manual estudia en otro capítulo; no forma parte de la tipología de problemas de Greeno.

Para fijarlo. Analogía, inducción estructural; Torre de Hanói, transformación; anagrama, reordenación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 228-229.

EN EL ATLAS

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

230

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)

Respuesta correcta: 4

En lo que respecta a los supuestos que deben cumplirse para poder aplicar técnicas de análisis paramétricas, indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. La aplicación de pruebas paramétricas como el ANOVA exige el cumplimiento de supuestos tales como la normalidad, homocedasticidad e independencia de las observaciones.
2. El supuesto de normalidad puede analizarse mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors cuando los tamaños muestrales son superiores a 50.
3. La prueba de Levene se aplica para analizar el supuesto de homocedasticidad y, en caso de incumplimiento del supuesto, se recomienda utilizar los estadísticos propuestos por Welch y Brown-Forsythe.
4. La independencia de las observaciones puede analizarse mediante el test de Durbin-Watson y una de las estrategias más eficaces para garantizar el cumplimiento de este supuesto es utilizar diseños de medidas repetidas. ✓

Los diseños de medidas repetidas comprometen la independencia de las observaciones

Balluerka y Vergara enumeran los supuestos del análisis de varianza: medida al menos de intervalo, **normalidad**, **homocedasticidad** e **independencia** de los errores. La **selección aleatoria** de los sujetos permite obtener observaciones independientes. En los **diseños intrasujeto**, en cambio, como los mismos sujetos reciben todas las condiciones, cabe esperar que sus puntuaciones estén correlacionadas y que los errores no sean independientes, con lo que se incumple el supuesto más importante del ANOVA. Por eso la opción 4 es la incorrecta. El estadístico de **Durbin-Watson**, que Pardo y San Martín presentan para valorar la autocorrelación de los residuos, sí sirve para analizar la independencia.

1. La afirmación es verdadera: normalidad, homocedasticidad e independencia son supuestos del ANOVA.
2. La afirmación es verdadera: los paquetes estadísticos aplican Kolmogorov-Smirnov con más de 50 sujetos, con la corrección de Lilliefors cuando no se conocen los parámetros de la población.
3. La afirmación es verdadera: Levene es la prueba de homocedasticidad más robusta frente a la falta de normalidad, y ante la heterocedasticidad se pueden usar la F* de Brown y Forsythe y la W de Welch.
4. Es la afirmación falsa: Durbin-Watson sí valora la independencia, pero las medidas repetidas producen puntuaciones correlacionadas y amenazan ese supuesto.

Trampa. La pregunta pide la afirmación incorrecta, y la opción 4 mezcla una parte verdadera (Durbin-Watson) con otra falsa (las medidas repetidas).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, págs. 45-46; cap. 9, pág. 241. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, pág. 404. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 182.

EN EL ATLAS

Tema L16 · Comparación de más de dos grupos. Se estudia con Maciá (Base) y Balluerka (Ampliación).

231

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

El modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión establece que los dos componentes fundamentales que determinan la probabilidad de la elaboración de un mensaje son:

1. La familiaridad y la activación.
2. La motivación y la capacidad. ✓
3. La atribución y la selección.
4. La ganancia y la emoción.

En el modelo de probabilidad de elaboración, que el receptor elabore el mensaje depende de su motivación y su capacidad

Gaviria et al. presentan el **modelo de probabilidad de elaboración** de Petty y Cacioppo, según el cual los mensajes pueden persuadir por dos rutas: la **central**, cuando la persona piensa con cuidado en los argumentos relevantes, y la **periférica**, cuando el cambio se basa en claves heurísticas del contexto. Ambas rutas son los extremos de un continuo de elaboración. El proceso de elaboración depende básicamente de dos variables del receptor, su **motivación** y su **capacidad**, y cuanto mayores son, más probable es que analice de forma extensa los aspectos centrales del mensaje. Si falta motivación o capacidad, es poco probable que dedique ese esfuerzo y la persuasión seguirá la ruta periférica.

1. La familiaridad y la activación no son las variables del receptor de las que el modelo hace depender la elaboración.
2. Son las dos variables del receptor que determinan la probabilidad de elaborar el mensaje.
3. La atribución y la selección tampoco figuran entre los determinantes de la elaboración.
4. Ni la ganancia ni la emoción son los componentes que el modelo propone; el atractivo de la fuente, por ejemplo, actúa como clave periférica según la motivación y la capacidad del receptor.

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. 7, págs. 198-200 y 202.

EN EL ATLAS: Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Gaviria (Base).

232

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

Cuando la expresión afectiva es discordante o inadecuada con la situación, se denomina:

1. Paratimia. ✓
2. Labilidad afectiva.
3. Distima patológica.
4. Eutimia.

La expresión afectiva discordante con la situación se llama paratimia

Belloch incluye entre las alteraciones cualitativas de los estados emocionales la **paratimia**, **afecto discordante o inadecuado**, también llamado afecto inapropiado, incoherente o disgregado: las emociones de la persona no se corresponden con el contenido de sus vivencias o con el contexto en que se producen, como cuando un paciente narra el grave accidente de su hijo mientras se ríe de forma descontrolada. Vallejo Ruiloba la llama **inadecuación afectiva** y precisa que puede abarcar aspectos cuantitativos (intensidad) o cualitativos (matización o tonalidad). Ambos manuales señalan que aparece con relativa frecuencia en la **esquizofrenia** y en los trastornos orgánico-cerebrales.

1. Es la paratimia, el afecto que no corresponde a la vivencia ni al contexto.
2. La labilidad afectiva consiste en cambios rápidos del estado emocional, con emociones intensas que duran poco, sean o no adecuadas a la situación.
3. Belloch recoge la distimia como término usado para el estado de ánimo triste y decaído, aunque etimológicamente designa una disfunción del humor; no alude a la discordancia con la situación.
4. La eutimia describe un estado de ánimo equilibrado, con sensación de bienestar y tranquilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

233 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

La elaboración del "` psicograma" es la principal base para la interpretación de técnicas de evaluación como:

1 Las neuropsicológicas.

2 Las objetivas.

3 Las de entrevista.

4 El Rorschach. ✓

El psicograma es el cuadro de categorías sobre el que se interpreta el Rorschach

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que, una vez administrado el **Rorschach** y realizado el retest, cada respuesta recibe una calificación por **localización, determinante, contenido y frecuencia**. Las distintas categorías se agrupan y el cuadro final, llamado **psicograma**, es el que se compara con el proporcionado por el **grupo normativo** para interpretar el protocolo particular. A partir de la información del psicograma (valores absolutos y porcentajes de localización, determinantes, contenidos, popularidad o tiempo de respuesta) es posible establecer hipótesis sobre el funcionamiento de la personalidad, siempre atendiendo a la **interrelación** de las puntuaciones y no a una parte aislada. La tabla 11.1 recoge los valores promedio de los elementos del psicograma en la población general.

1 Las técnicas neuropsicológicas no se interpretan a partir de un psicograma; el término pertenece a la calificación del Rorschach.

2 Las técnicas objetivas tampoco usan el psicograma, que el manual describe dentro de las técnicas proyectivas.

3 La entrevista no se califica mediante un psicograma.

4 El psicograma agrupa las categorías de calificación del Rorschach y es la base para interpretar el protocolo.

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, págs. 385 (tabla 11.1) y 387.

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

234

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes enunciados sobre la apnea/hipoapnea es CORRECTO:

1. Se asocia a hipoxia e hipercapnia. ✓
2. Se considera moderado si el índice de apnea/hipoapnea es menor de 5 por hora.
3. El pico de máxima afectación en niños se sitúa entre los 6-10 años.
4. El sueño suele ser poco fragmentado.

La apnea obstructiva del sueño altera los gases sanguíneos nocturnos

Durante cada apnea falta la entrada de oxígeno y la eliminación de CO2, y eso produce **hipoxemia e hipercapnia** nocturnas en distintos grados. Belloch lo describe como una de las consecuencias directas del síndrome. El DSM-5 recoge las **desaturaciones de oxígeno** asociadas a las apneas como criterio de gravedad y señala que algunos sujetos presentan hipoxemia o hipercapnia al despertarse. La gravedad se mide con el **índice de apnea-hipopnea** (leve, menos de 15; moderado, de 15 a 30; grave, más de 30), y el primer pico de edad está en los **3-8 años**.

1. Es la consecuencia directa de las apneas sobre los gases sanguíneos.
2. Un índice menor de 15 es leve; moderado es de 15 a 30. Por debajo de 5 apneas o hipopneas por hora ni siquiera se cumple el criterio A.
3. El pico infantil se sitúa entre los 3 y los 8 años, cuando el tejido amigdalar es grande en relación con la vía aérea.
4. Cada apnea termina con un despertar, y el sueño queda muy fragmentado. El DSM considera más grave el cuadro cuando la fragmentación es intensa.

GRAVEDAD DE LA APNEA E HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Gravedad	Índice de apnea-hipopnea
Leve	Inferior a 15
Moderado	15-30
Grave	Superior a 30

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, apnea e hipopnea obstructiva del sueño, especificar la gravedad actual, pág. 429

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Apnea e hipopnea obstructiva del sueño, págs. 378-381. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 299.

EN EL ATLAS Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 98, PIR 2020 · n.º 57, PIR 2017 · n.º 72

235 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Los síntomas negativos de la esquizofrenia se han relacionado fundamentalmente con:

1. Un aumento de la actividad en la corteza prefrontal.
2. Una disminución de la actividad en la corteza prefrontal. ✓
3. Un aumento de la actividad en la vía dopaminérgica nigroestriada.
4. Una disminución de la actividad en la vía dopaminérgica mesolímbica.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia se han atribuido a una menor actividad de la corteza prefrontal

Carlson y Birkett recuerdan que los síntomas positivos de la esquizofrenia se relacionan con la actividad de las neuronas dopaminérgicas, mientras que los **síntomas negativos y cognitivos** se parecen a los que produce un daño cerebral y apuntan a alteraciones de la **corteza prefrontal**, objetivo de la vía mesocortical. Weinberger (1988) propuso que los síntomas negativos se deben básicamente a **hipofrontalidad**, una **disminución de la actividad de los lóbulos frontales**, en concreto de la corteza prefrontal dorsolateral. La hipofrontalidad puede relacionarse además con la **hiperactividad de las vías mesolímbicas**, responsable de los síntomas positivos, porque la corteza prefrontal dorsolateral ejerce normalmente un control inhibidor sobre ellas.

1. La relación es la contraria: el manual habla de una disminución de la actividad prefrontal.
2. Es la hipofrontalidad, la menor actividad de la corteza prefrontal dorsolateral.
3. La vía nigroestriada se considera parte del sistema extrapiramidal y controla los movimientos motores; su bloqueo por antipsicóticos produce efectos motores.
4. Lo que se asocia a la vía mesolímbica es un aumento de actividad, ligado a los síntomas positivos.

Para fijarlo. Positivos por exceso mesolímbico, negativos por defecto frontal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 16, apdo. «Hipofrontalidad», págs. 528-529. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 4, pág. 87 (figura 4-12); cap. 5, pág. 165.

EN EL ATLAS

Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Carlson (Base) y Stahl (Ampliación). es Base del tema K18 · Psicofarmacología.

Índice por temas del Atlas

A2	Conceptos y modelos	12
A4	Atención y Conciencia	66
A5	Percepción e Imaginación	67, 68, 70, 100, 227
A6	Memoria	59, 63, 69
A7	Pensamiento	56, 57, 102, 105, 109, 110, 157, 163
A8	Lenguaje	62
A9	Comportamiento y Conducta Motora	58, 61, 65
A10	Regulación Emocional	232
B2	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general	22, 25, 37
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	28, 34, 118
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	82, 84
B5	Trastornos del sueño-vigilia	93, 101, 106, 111, 112, 234
B6	Adicciones a sustancias	88, 90, 99
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	199, 210
B9	Estrés	89, 94
B11	Trastornos de ansiedad	77, 78, 79, 80, 81, 193, 198
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	73, 74, 97, 136
B14	TOC y trastornos relacionados	75, 76
B15	Trastornos depresivos	85, 113, 114, 115, 117, 127, 130
B16	Trastornos bipolares	86, 116
B17	Trastornos disociativos	71
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	103, 104, 107, 108, 165
B20	Trastornos de la personalidad	83, 87, 119, 134
B21	Conducta suicida	26
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	29
B25	Trastornos del aprendizaje	36
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	27, 194
B29	TDAH	195, 197
B31	Trastornos del movimiento y desarrollo motor	60, 192
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	172, 173, 174
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	175, 177
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	176

C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	137, 138, 139, 141, 142, 146, 204, 205, 209
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	144
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	135, 140, 143, 145
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	122, 128, 206
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	120, 123
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	164, 167, 168, 169, 170
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	132, 133
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	200, 202, 211
C26	Tratamientos del TEA	208
C27	Tratamientos del TDAH	201
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	196
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	91, 92
D3	Adhesión a los tratamientos terapéuticos	171
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	95
D6	Ejercicio físico y actividad física	17
D7	Apoyo social y salud	96
D11	Cefaleas	98
D12	Trastornos cardiovasculares e hipertensión	179
D13	Cáncer y enfermedad terminal	72, 178, 180
D16	Diabetes	159
E3	El informe psicológico	32
E4	La entrevista	11, 14, 15
E6	Los autoinformes	20
E7	Las técnicas subjetivas	13
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	21
E9	Las técnicas proyectivas	23, 31, 233
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	19, 30, 33, 35
E11	Evaluación de la personalidad	24, 38
F2	Factores comunes y relación terapéutica	154, 155
F3	Enfoques eclécticos e integradores	153
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	151, 161
F5	Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona	158
F10	Terapia familiar sistémica	152, 160
F12	Técnicas operantes	147, 149, 150, 156, 203, 207
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	64, 162
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	125

F21	Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal	121
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	148
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	131
G12	Modelos de atención comunitaria al trastorno mental grave: gestión de casos, tratamiento asertivo comunitario e intervención temprana	166
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	212, 213, 214, 228
H7	Herencia y ambiente	220
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	216, 217, 218
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	219
H14	Motivación y personalidad	221
H15	Identidad personal: el self	215
I2	Atención	181
I3	Sensación y percepción	185, 186, 187
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	184
I5	Condicionamiento instrumental	182, 183
I6	Memoria	188, 189
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	229
I9	Motivación	190, 191
J1	Teorías del desarrollo	226
J2	Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor	224
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	223
J9	Adolescencia	225
J10	Adultez y vejez	222
K2	Genética, evolución y ecología del comportamiento	1
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	3
K7	Control motor	2, 5
K10	Conducta reproductora y diferenciación sexual	4
K11	Conducta de ingesta	6
K12	Emoción y cognición social	7
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	9
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	8
K17	Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones	235
K18	Psicofarmacología	124, 126, 129
L2	Validez de la investigación y control de variables extrañas	46, 49
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	48
L6	Diseños cuasiexperimentales	47
L10	Estadística descriptiva de una variable	45

L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	43
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	230
L18	Contraste de la relación entre variables	44
L20	Fiabilidad de los tests	40
L21	Validez de los tests	10
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	16, 18, 39, 42
L23	Teoría de respuesta al ítem	41
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	51
M2	El yo social y la cultura	50
M4	Influencia social y persuasión	52, 53, 231
M6	Procesos de grupo	54, 55