ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2017

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 2017. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 1

Respecto del desarrollo temprano del lenguaje ¿cómo se denominan las expresiones de una sola palabra que representan el significado de todo un pensamiento o una oración completa?:

1. Holofrases. ✓
2. Sobreextensiones.
3. Palabra pivote.
4. Condensaciones léxicas.

Las holofrases son palabras sueltas que expresan el significado de una frase completa

García Madruga y Delval sitúan hacia los 12 meses las primeras palabras, que aún no están sujetas a reglas gramaticales. Una característica de este lenguaje inicial es la producción de **palabras-frase u holofrases**. El manual define el **habla holofrástica** como emisiones vocales pregramaticales constituidas por una sola palabra que tiene un significado global más amplio que la sola referencia. Papalia y Martorell llaman holofrase a un enunciado completo que se expresa con una sola palabra (Bruner, 1974). Las **sobreextensiones** son, en cambio, un fenómeno de la adquisición del léxico, y las **palabras pivote** pertenecen a la gramática de las emisiones de dos o tres palabras, que aparecen hacia los 18 meses.

1. Las holofrases son las palabras-frase del habla holofrástica, emisiones pregramaticales de una sola palabra con un significado global más amplio que la sola referencia.
2. La sobreextensión consiste en usar una sola forma léxica para su referente correcto y también, de forma errónea, para otros conceptos que comparten ciertas propiedades, como llamar «perro» a otros animales de cuatro patas (cuadro 6.2).
3. Las palabras pivote forman parte de la gramática pivote de Braine (1963), que describe las emisiones de dos o tres palabras, sin nexos ni morfemas, que surgen hacia los 18 meses.
4. Ninguna obra del corpus del Atlas usa la expresión «condensaciones léxicas»; lo que el enunciado describe son las holofrases.

Ojo. La edición digital de García Madruga y Delval que hay en el corpus no tiene paginación impresa, por lo que la cita va por capítulo y apartado.

Trampa. Los distractores mezclan fenómenos de etapas distintas: la sobreextensión es del léxico temprano y las palabras pivote, de las primeras combinaciones de dos palabras.

Para fijarlo. Una palabra, una frase entera: «¡Agua!» puede querer decir «quiero agua ahora».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 6, apdos. 3.2 (cuadro 6.2) y 3.3.1 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 147.

EN EL ATLAS

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

2

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 3

Los bebés suelen repetir sucesos agradables o interesantes que primero ocurrieron por casualidad. ¿Cómo se denomina este fenómeno?:

1 Zona de desarrollo próximo.

2 Acomodación.

3 Reacción circular. ✓

4 Reflejos aprendidos.

Repetir una conducta agradable descubierta por azar es una reacción circular

Piaget toma de Baldwin el concepto de **reacción circular** y lo usa en el sentido de un ejercicio funcional cuyo fin es mantener o descubrir otra vez un resultado nuevo o interesante. García Madruga y Delval la definen como la repetición de acciones tendentes a ejercitar y consolidar nuevos esquemas, que pueden ser **primarias, secundarias y terciarias** según estén centradas en el propio niño, en el medio o introduzcan variaciones. En la tabla 5.2 de Papalia y Martorell, en las reacciones circulares primarias (uno a cuatro meses) los lactantes repiten las conductas agradables que ocurren por casualidad, como chuparse el dedo; en las secundarias repiten las acciones que producen resultados interesantes.

1 La zona de desarrollo próximo es el término de Vygotsky para la distancia entre lo que un niño puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda.

2 La acomodación es el término de Piaget para los cambios de la estructura cognoscitiva que permiten incluir información nueva.

3 Es la reacción circular, la repetición de una adquisición casual hasta consolidarla en un esquema nuevo.

4 En la primera subetapa sensoriomotriz los lactantes ejercitan sus reflejos innatos; repetir conductas descubiertas por casualidad ya corresponde a las reacciones circulares (tabla 5.2).

Para fijarlo. Circular porque la acción vuelve sobre sí misma: hago, me gusta el resultado y lo repito.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

3 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina el procedimiento de laboratorio que se suele utilizar para observar el tipo de apego que un niño muestra con su cuidador u otra persona? :

1 Situación extraña. ✓

2 Observación participante.

3 Andamiaje.

4 Enseñanza significativa.

La situación extraña de Ainsworth es el procedimiento de laboratorio para observar el tipo de apego

Según García Madruga y Delval, **Ainsworth** y sus colaboradores (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) diseñaron un procedimiento de observación para evaluar el grado de seguridad que el niño deposita en la madre, que se conoce como la **situación extraña**. Se aplica con niños de entre 12 y 24 meses y combina dos sistemas de comportamiento antagónicos, la **exploración** del entorno y el **apego**. Papalia y Martorell la describen como una técnica tradicional de laboratorio para evaluar los patrones de apego entre un lactante y un adulto: una secuencia de episodios de menos de media hora en la que la madre deja dos veces al bebé en una habitación desconocida. Lo que más interesa es la respuesta del niño en cada reencuentro.

1 Es el protocolo de laboratorio de Ainsworth para evaluar la seguridad del apego.

2 La observación participante es una forma de observación naturalista en la que los investigadores viven o participan en los grupos que observan, como hacen los antropólogos.

3 El andamiaje es el apoyo temporal que dan los adultos para que el niño domine una tarea, un concepto ligado a la zona de desarrollo próximo de Vygotsky.

4 La enseñanza significativa remite al aprendizaje significativo, que supone integrar los nuevos conceptos en las estructuras de conocimiento ya disponibles, un concepto del aprendizaje escolar.

> **Para fijarlo.** En la situación extraña se mira sobre todo el reencuentro: qué hace el bebé cuando la madre vuelve.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 4, apdo. 3.3, tabla 4.2 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 31 y 39; cap. 6, pág. 171. Gutiérrez Martínez, F. y Vila Chaves, J. Ó. (coords.) (2021). Psicología del desarrollo II (2.ª ed.). UNED. Glosario (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

4

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

En el marco de las teorías de E. Erikson, el interés de muchos adultos por cuidar de las nuevas generaciones, por dejar un legado que les sobreviva y, en general, por ser productivo y creativo, se denomina:

1 Ecumenismo.

2 Integridad.

3 Inmortalidad simbólica.

4 Generatividad. ✓

La generatividad de Erikson es el compromiso del adulto medio con las nuevas generaciones

Erikson describe el desarrollo del yo en ocho estadios formados por dos polos. En la adultez media corresponde el de **Generatividad frente a Estancamiento**. García Madruga y Delval explican que la **generatividad** significa el compromiso con la sociedad más allá de la relación de pareja: la persona generativa es productiva en el trabajo, educa a sus hijos de forma comprometida, es creativa y quiere dejar un legado; las cualidades que surgen son la **productividad** y el **cuidado**. Papalia y Martorell la definen como encontrar un significado en las contribuciones a la sociedad y en dejar un legado a las generaciones futuras. La **integridad del yo** es el polo positivo del estadio siguiente, el de la vejez.

1 Ninguna obra del corpus del Atlas recoge el ecumenismo como estadio o concepto de la teoría de Erikson.

2 La integridad del yo frente a desesperación es la octava y última etapa, propia de la vejez, en la que la persona evalúa y acepta su vida para aceptar su muerte.

3 En el modelo de McAdams, los deseos internos de inmortalidad simbólica son una de las fuentes de la generatividad, que se combinan con las exigencias externas para producir una preocupación consciente por la próxima generación.

4 Es la generatividad, cuyas cualidades son la productividad y el cuidado.

TABLA 14.2. ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN ERIKSON

Etapa	Descripción	Cualidad Desarrollada
Intimidad frente a aislamiento (adulto joven)	La persona debe arriesgar su identidad para lograr el vínculo de intimidad con otra persona, la fusión de identidades pero manteniendo la propia identidad.	Capacidad de amar
Generatividad frente a Estancamiento (adulto medio)	Más allá de la identidad y la intimidad, la persona debe comprometerse con los otros, con su trabajo, con los hijos, consiguiendo productividad y satisfacción elevadas.	Productividad, cuidado
Integridad del Yo Vs Desesperación (adulto viejo)	La persona debe estar de acuerdo con las decisiones vitales adoptadas, considerando la propia vida como un todo significativo.	Sabiduría

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 14, apdo. 2.1, tabla 14.2 (edición digital sin paginar)

Ojo. La inmortalidad simbólica solo aparece en la 12.ª edición de Papalia, Feldman y Martorell (2012, cap. 16, pág. 513), dentro del modelo de McAdams (2001); la 14.ª edición no recoge ese modelo, y por eso la opción 3 se comenta con la 12.ª.

Trampa. Integridad e inmortalidad simbólica suenan a legado, pero la primera es el estadio de la vejez y la segunda, en McAdams, una motivación que alimenta la generatividad.

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. 16, pág. 468; cap. 18, pág. 529. Papalia, D. E., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). Desarrollo humano (12.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 513.

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

5

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 2

La creencia, típica en la adolescencia, de que los demás continuamente nos observan y están interesados en nosotros ¿cómo se denomina?:

1 Sesgo de unanimidad.

2 Audiencia (o público) imaginaria. ✓

3 Fábula personal.

4 Sesgo de enjuiciamiento.

La audiencia imaginaria es la creencia adolescente de que todos le observan

García Madruga y Delval atribuyen a **Elkind (1967)** dos fenómenos propios de la adolescencia, ligados a la inmadurez de las habilidades metacognitivas. La **audiencia imaginaria** es la creencia adolescente de que todo el mundo está centrado y preocupado por lo que él hace o piensa. La **fábula personal** alude a la creencia de que las experiencias y preocupaciones propias son absolutamente únicas. El manual los presenta como dos fenómenos antagónicos que expresan una falta y una excesiva diferenciación entre lo que uno piensa y lo que piensan los demás. Papalia y Martorell describen la audiencia imaginaria como un observador virtual tan preocupado por las ideas y la conducta del adolescente como él mismo.

1 Ninguna obra del corpus del Atlas recoge un «sesgo de unanimidad» entre los rasgos del pensamiento adolescente.

2 Coincide con la definición de Elkind: el adolescente cree que todo el mundo está pendiente de lo que hace o piensa.

3 La fábula personal es el fenómeno opuesto, la creencia de que las propias experiencias son únicas y de que nadie ha tenido pensamientos o sentimientos parecidos.

4 Ninguna obra del corpus del Atlas recoge un «sesgo de enjuiciamiento» entre los rasgos del pensamiento adolescente.

Para fijarlo. En la audiencia imaginaria todos me miran; en la fábula personal nadie me entiende.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 4

6 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión

Respuesta correcta: 2

En el Patrón de conducta tipo A (PCTA):

1 Cualquiera de las dimensiones o factores que lo componen mantienen una estrecha relación con la enfermedad coronaria.

2 Es especialmente la hostilidad la dimensión que mantiene una importante relación con la reactividad fisiológica y la enfermedad coronaria. ✓

3 El PCTA solo mantiene relación con el riesgo coronario en pacientes de alto riesgo (por ejemplo, quienes han padecido un infarto)

4 Los estudios metaanalíticos recientes no han hallado relaciones entre PCTA y riesgo coronario.

La hostilidad es el componente del patrón tipo A ligado a la reactividad fisiológica y a la enfermedad coronaria

Bermúdez y colaboradores explican que los primeros estudios epidemiológicos presentaban el **patrón de conducta tipo A** (PCTA) como factor de riesgo coronario, pero en los años ochenta aparecieron resultados contradictorios. Uno de los principales problemas era que no todo el PCTA resultaba igual de tóxico: el componente más relacionado con la **reactividad fisiológica** y con la **enfermedad cardiovascular** era el de **hostilidad**. El mismo manual recoge que la hostilidad se asocia con reactividad fisiológica, con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares y con la supervivencia de quienes las sufren. Amigo, Base del tema, llega a la misma conclusión: tomado en conjunto, el PCTA no suponía un incremento del riesgo, y solo uno de sus elementos, la hostilidad, se podía considerar asociado a la enfermedad cardíaca.

1 No todo el PCTA resulta igual de tóxico; de sus componentes (competitividad, impaciencia, hostilidad y sobrecarga laboral), el que se asocia a la reactividad y a la enfermedad cardiovascular es la hostilidad.

2 Es la hostilidad, el componente más relacionado con la reactividad fisiológica y la enfermedad cardiovascular.

3 Los estudios prospectivos con población inicialmente sana mostraron más patología coronaria en los tipo A, y los resultados menos concluyentes procedían de la población de alto riesgo, como quienes ya habían sufrido un infarto; la relación tampoco se limita a ese grupo.

4 Bermúdez y colaboradores recogen que las revisiones cuantitativas y cualitativas han ofrecido evidencia de que el PCTA y la hostilidad se asocian con la enfermedad cardiovascular y con una longevidad reducida (Adler y Matthews, 1994; Miller et al., 1996).

Ojo. Amigo (2020, cap. 13, apdo. 2.1), Base del tema D12, matiza la clave con datos posteriores. La hostilidad dejaba de predecir la enfermedad cardiocoronaria cuando se controlaban el sobrepeso, la hipertensión, el colesterol o el tabaco (Everson et al., 1997), y en el laboratorio es la expresión de la ira, más que la experiencia de hostilidad, la que se relaciona más estrechamente con la reactividad cardiovascular. Ese mismo manual afirma que, tomado en conjunto, el PCTA no suponía un incremento del riesgo cardiovascular, lo que se acerca a la opción 4, que habla de metaanálisis. Bermúdez y colaboradores (2011) sostienen la redacción de la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 14, apdos. 5.3 y 6.1, págs. 653, 657-661 y 682. Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 13, apdo. 2.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión. Se estudia con Bermúdez 2011 (Consulta) y Amigo (Base).

7 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 3

Ergios y Sentimientos:

1 Constituyen parte de los planteamientos dinámicos propuestos por S. Freud.

2 Son elementos integrados en las formulaciones teóricas de C. Rogers.

3 Forman parte de los rasgos dinámicos motivadores de R.B. Cattell. ✓

4 Se incluyen en el modelo de A. Bandura.

Ergios y sentimientos son los rasgos dinámicos que Cattell obtuvo del análisis factorial de las actitudes

Cattell aplica también a la motivación su propuesta de una taxonomía basada en el **análisis factorial**. Habla de **rasgos dinámicos** para referirse a las causas o razones de la conducta y los divide en **actitudes, sentimientos y ergios**. La unidad básica es la actitud, que expresa la fuerza del interés por seguir un curso de acción en particular; sentimientos y ergios se infieren del estudio factorial de las actitudes. Los **ergios** reflejan impulsos biológicos innatos, que se activan por estímulos ambientales y cesan cuando se logra la meta, como el ergio parental. Los **sentimientos** son actitudes complejas aprendidas, sobre todo en la familia y la escuela, y Cattell los llama rasgos ambientales.

1 Bermúdez y colaboradores presentan los ergios y los sentimientos como rasgos dinámicos de la teoría de Cattell, obtenidos por análisis factorial, sin relación con los planteamientos de Freud.

2 Los ergios y los sentimientos pertenecen a la teoría de los rasgos de Cattell y no forman parte de la formulación de Rogers.

3 Son dos de los tres rasgos dinámicos de Cattell, junto con las actitudes.

4 Ergios y sentimientos proceden de la taxonomía factorial de Cattell; el modelo de Bandura, que el manual trata en el enfoque sociocognitivo, no los incluye.

Ojo. La edición de Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017) que hay en el corpus no tiene paginación impresa, por lo que la cita va por capítulo y apartado.

Para fijarlo. Ergio, de energía innata (comer, proteger a la cría); sentimiento, aprendido en casa y en la escuela (el hogar, la profesión).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 3.6.

EN EL ATLAS

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

8 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Para H.J. Eysenck, un nivel alto e intenso en las áreas cerebrales que controlan la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo induciría la obtención de elevadas puntuaciones en la dimensión de:

1 Extroversión.

2 Neuroticismo. ✓

3 Psicoticismo.

4 Extroversión y Neuroticismo al mismo tiempo.

Para Eysenck, la activación del cerebro visceral y del sistema nervioso autónomo sustenta el neuroticismo

Eysenck asienta las bases neurológicas del **neuroticismo** en el **sistema límbico o cerebro visceral** (hipocampo, amígdala, cíngulo, septum e hipotálamo). Este sistema está relacionado con la **activación neurovegetativa**, como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la sudoración o la tensión muscular, y los sujetos más inestables emocionalmente presentarían mayor activación neurovegetativa que los estables. Eysenck reserva el término activación para este tipo de respuesta y llama **arousal** a la activación de la corteza, que es la base de la **extraversión** y depende del **sistema de activación reticular ascendente** (SARA). El manual advierte que la evidencia empírica sobre el sustrato biológico del neuroticismo es más insatisfactoria.

1. La extraversión depende del arousal cortical que regula el SARA; los extravertidos tienen en reposo un nivel crónicamente bajo de arousal.
2. Es el neuroticismo, cuya base Eysenck sitúa en el cerebro visceral, relacionado con la activación neurovegetativa.
3. Para el psicoticismo Eysenck propuso primero un mecanismo hormonal (niveles más elevados de andrógenos) y después una hipótesis sobre la dopamina y la serotonina.
4. Eysenck considera que el SARA y el cerebro visceral son parcialmente independientes; la alta activación neurovegetativa se asocia con puntuaciones altas en neuroticismo, y la extraversión alta se asocia con un arousal cortical bajo.

Trampa. Activación (neurovegetativa) va con neuroticismo y arousal (cortical) con extraversión; el enunciado habla de la rama simpática del sistema nervioso autónomo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdos. 4.3-4.5.

EN EL ATLAS

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

9 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 1

Siguiendo la Teoría de la indifensión aprendida, la depresión se asocia a una de estas combinaciones de atribuciones:

1 Interna, estable, global. ✓

2 Interna, inestable, específica.

3 Externa, estable, global.

4 Externa, inestable, específica.

En la indefensión reformulada, la depresión se asocia a atribuir la incontrolabilidad a causas internas, estables y globales

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformulan el modelo de **indefensión aprendida** introduciendo como moduladores las **atribuciones** que la persona hace cuando percibe incontrolabilidad. Las atribuciones determinan la expectativa futura de no contingencia y la duración, la generalización y la intensidad de los déficits. Se sitúan en tres dimensiones: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y especificidad-globalidad. Según Bermúdez y colaboradores, los mayores déficits, y la posible aparición de **depresión**, se asocian con atribuir la incontrolabilidad a factores **internos, estables y globales**, que determinarían una indefensión personal, una mayor cronicidad y una mayor generalización a otras situaciones.

1 Es la combinación que el modelo reformulado asocia a los mayores déficits y a la posible aparición de depresión.

2 Con atribuciones inestables y específicas los déficits serían menos duraderos y se limitarían a la situación presente, aunque fueran internos.

3 La atribución externa produce una indefensión universal; la depresión se asocia a la indefensión personal, que nace de la atribución interna.

4 Es la combinación opuesta a la depresiva, la que menos déficits produce: indefensión universal, breve y limitada a la situación.

DIMENSIONES ATRIBUTIVAS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA REFORMULADA (ABRAMSON, SELIGMAN Y TEASDALE, 1978)

Dimensión	Atribución de la incontrolabilidad	Consecuencia
Internalidad-Externalidad	factores internos (falta de habilidad, de esfuerzo)	indefensión personal
Internalidad-Externalidad	factores externos (el experimentador, la mala suerte, la dificultad)	indefensión universal
Estabilidad-Inestabilidad	factores estables (falta de habilidad, dificultad)	los déficits de indefensión desarrollados tendrán mayor duración (o cronicidad)
Estabilidad-Inestabilidad	factores inestables (falta de esfuerzo, mala suerte)	los déficits desarrollados serán menos duraderos
Especificidad-Globalidad	atribuciones específicas	los déficits ocurrirán sólo en la situación presente
Especificidad-Globalidad	atribuciones globales	se generaliza la incontrolabilidad de la fase inicial a un gran número de situaciones y tareas diferentes

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 8, apdo. 4.2.1, pág. 378

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, apdo. 4.2.1, págs. 377-378.

Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

10 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

En el Modelo de los cinco grandes (Big Five) de Costa y McCrae, la Apertura a la experiencia se caracteriza por las siguientes características:

1. Original, independiente, creativo, osado. ✓
2. Bondadoso, tierno, confiado, cortés.
3. Cuidadoso, confiable, trabajador, organizado.
4. Sociable, locuaz, divertido, afectuoso.

Las personas abiertas a la experiencia son curiosas, creativas, originales e imaginativas

En el NEO-PI-R de Costa y McCrae, el **factor V, apertura mental** (openness to experience), representa la receptividad a experiencias nuevas. Quienes puntúan alto son **curiosos, con muchos intereses, creativos, originales, imaginativos y no tradicionales**; quienes puntúan bajo son convencionales, realistas y con pocos intereses. La tabla 5.3 de Bermúdez y colaboradores, adaptada de John (1990), asigna al polo alto del factor V adjetivos como intereses amplios, imaginativo, inteligente, original, curioso o artístico. Los adjetivos de las otras opciones describen el polo alto de **afabilidad** (amable, blando de corazón, confiado, cordial), **tesón o responsabilidad** (organizado, fiable, cuidadoso) y **extraversión** (hablador, sociable).

1. Originalidad y creatividad definen el polo alto de la apertura mental.
2. Bondad, ternura, confianza y cortesía corresponden al polo alto de afabilidad, el factor II.
3. Cuidado, fiabilidad, laboriosidad y organización corresponden al polo alto de tesón o responsabilidad, el factor III.
4. Sociabilidad, locuacidad y afecto corresponden al polo alto de extraversión, el factor I.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 5, apdos. 3.1 y 4, tabla 5.3.

EN EL ATLAS

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

11 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes rasgos NO es contemplado en el Modelo de los cinco grandes?:

1 Neuroticismo.

2 Fuerza del yo. ✓

3 Extroversión.

4 Amabilidad.

La fuerza del yo es un factor de Cattell y no figura entre los cinco grandes

El modelo de los **cinco grandes** factores de personalidad incluye extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, **afabilidad** (o amabilidad) y responsabilidad o tesón. Bermúdez y colaboradores advierten que la traducción española de los nombres no coincide exactamente con los ingleses, por lo que en la bibliografía se alternan afabilidad y amabilidad. La **fuerza del yo** pertenece a otro modelo: es el **factor C** de los factores que Cattell aisló con datos L y Q (tabla 4.1), cuyo polo bajo es la poca fuerza del yo (inestable o muy emocional cuando se frustra) y el alto, la mucha fuerza del yo (estable y maduro emocionalmente, tranquilo).

1. El neuroticismo, o estabilidad emocional frente a neuroticismo, es uno de los cinco grandes.
2. La fuerza del yo es el factor C de los rasgos que Cattell aisló con datos L y Q.
3. La extraversión es el factor I de los cinco grandes.
4. La amabilidad o afabilidad es el factor II de los cinco grandes.

> **Trampa.** En una pregunta con NO, las tres opciones falsas son factores reales del modelo; la que sobra procede de otra teoría de rasgos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 3.5, tabla 4.1; cap. 5, apdos. 1-2.

EN EL ATLAS

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

12 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control Anulada

Anulada

En Psicología de la personalidad, el concepto de Locus de control se refiere a:

1 Expectativas.

2 Rasgos.

3 Valor del refuerzo.

4 Necesidad de control de la conducta.

El locus de control es una expectativa generalizada, pero también una dimensión de personalidad, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Bermúdez y colaboradores definen el **locus de control** como la creencia de que la propia respuesta influirá, o no, en la consecución de un refuerzo (Rotter, 1966), y lo describen como una **expectativa generalizada** de control sobre los refuerzos o consecuencias de la conducta, lo que apoya la opción 1. El mismo párrafo añade que se entiende como una fuente de diferencias individuales a partir de su consideración como una **dimensión de personalidad**, con el externalismo y el internalismo en sus polos, lo que da apoyo a la opción 2. Además, el manual presenta el locus de control como una de las dos principales expectativas relacionadas con la **necesidad de control**.

1. El manual define el locus de control como una expectativa generalizada de control sobre los refuerzos.
2. El mismo manual lo considera también una dimensión de personalidad, con el internalismo y el externalismo como polos.
3. El valor del refuerzo no aparece en la definición del locus de control que da el manual.
4. El manual presenta el locus de control como una de las expectativas relacionadas con la necesidad de control, sin identificarlo con ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, apdos. 1 y 2.1, págs. 338-339.

Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

13 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 2

Las dos formas o tipos básicos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman son:

1 Activo y pasivo.

2 Centrado en el problema y centrado en la resolución emocional. ✓

3 Controlable o incontrolable.

4 Interno y externo.

Lazarus y Folkman distinguen el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción

Para la teoría del afrontamiento como proceso, existen al menos **dos funciones principales del afrontamiento**. Belloch, Sandín y Ramos explican que el **afrontamiento focalizado en el problema** busca cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, es decir, manejar o alterar la fuente generadora de estrés, y que el **afrontamiento focalizado en la emoción** cambia el modo en que se trata o se interpreta lo que ocurre para regular la respuesta emocional. Bermúdez y colaboradores lo formulan igual: las estrategias pueden alterar la situación estresante o regular las respuestas emocionales que provoca. El centrado en el problema se usa más cuando se cree que el suceso puede modificarse.

1 La división en constructivo, pasivo y de escape es la de Törestad y colaboradores, que el manual hace corresponder con las dos funciones de Lazarus.

2 Son las dos funciones del afrontamiento de Lazarus y Folkman, la centrada en el problema y la centrada en la emoción.

3 La controlabilidad es una de las dimensiones con que se evalúa el estresor; la percepción de control influye en qué tipo de afrontamiento se elige.

4 Interno y externo son los polos del locus de control, una expectativa generalizada sobre quién controla los refuerzos.

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. 379 y 386-387. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 10, apdo. 3.1.2.1, pág. 456.

EN EL ATLAS

Tema B9 · Estrés. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Bermúdez 2011 (Ampliación).

14 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Anulada

Para identificar los rasgos importantes de personalidad o definir la denominada “esfera de la personalidad”, Cattell parte de:

1. El análisis factorial.
2. El criterio léxico.
3. Acrónimos, neologismos y algunas teorías previas.
4. Los resultados obtenidos con los datos T.

Cattell partió del criterio léxico y usó el análisis factorial, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Bermúdez y colaboradores dicen que Cattell centró su estudio en los rasgos fuente, utilizando el **análisis factorial** para descubrirlos y poder describir la **esfera de la personalidad** que quedaría constituida por ellos, lo que apoya la opción 1. A continuación explican que, para obtener esos elementos estructurales, partió del **análisis del lenguaje**, el llamado **criterio léxico**, porque el idioma dispone de palabras que recogen cualquier cualidad, lo que apoya la opción 2. El manual también precisa que su trabajo no se basó en una teoría concreta ni en lo que otros teóricos habían propuesto, y que los datos T se analizaron después de los datos L y Q.

1. El manual dice que Cattell usó el análisis factorial para descubrir los rasgos fuente y describir la esfera de la personalidad.
2. El manual dice también que partió del análisis del lenguaje, conocido como criterio léxico.
3. Cattell propuso neologismos (Premsia, Harria, Parmia) para nombrar los rasgos, pero el manual precisa que su trabajo no se basó en teorías previas.
4. Los datos T de las pruebas objetivas se estudiaron después de los datos L y Q, y con ellos se obtuvieron 21 rasgos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdos. 3.3-3.5.

EN EL ATLAS

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

15 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución Revisar

Respuesta correcta: 2

La apropiación de los éxitos y exculpación de los propios errores es una manifestación del sesgo cognitivo de:

1 Reescritura de la memoria.

2 Benevolencia. ✓

3 Egocentricidad.

4 Autoimplicación.

Atribuirse los éxitos y exculparse de los errores es el sesgo de benevolencia

El término **sesgo de benevolencia** no aparece en ninguna obra del corpus. El comentario de partida lo toma de Moreno Jiménez (2007), para quien es la tendencia a considerarse causa de los aciertos y a negar la responsabilidad de los errores, un sesgo presente en la personalidad normal y menos en las personas deprimidas. El fenómeno sí está en Gaviria y colaboradores, que lo estudian como **sesgos favorables al yo**: la tendencia a explicar los éxitos con características personales (**atribuciones autoensalzadoras**) y a atribuir los fracasos a causas externas como la intervención de otras personas o la mala suerte (**atribuciones autoprotectoras**). El manual las explica por factores cognitivos y motivacionales, como proteger la autoestima.

1 El término «reescritura de la memoria» no aparece en el corpus como sesgo atribucional; el enunciado describe un sesgo sobre las causas de los éxitos y los errores.

2 Es el sesgo de benevolencia, nombre que el comentario de partida toma de Moreno Jiménez (2007) para las atribuciones autofavorecedoras.

3 Gaviria y colaboradores llaman sesgo egocéntrico (Ross y Sicoly, 1979) a atribuirse más responsabilidad y recordar mejor la propia participación cuando el grupo tiene éxito; se refiere al trabajo en grupo.

4 El término «autoimplicación» no aparece en el corpus como sesgo atribucional.

Ojo. La obra del comentario de partida, Moreno Jiménez, B. (2007). Psicología de la personalidad: procesos. Thomson, págs. 169-170, no está en el corpus del Atlas ni en C:\Drive, y el término «benevolencia» con este sentido no aparece en ninguna otra obra. La opción 3 roza la clave, porque Gaviria y colaboradores (pág. 110) describen como sesgo egocéntrico la tendencia a atribuirse el mérito de los éxitos del grupo y a culpar a otros de los fracasos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Jiménez, B. (2007). Psicología de la personalidad: procesos. Thomson. Págs. 169-170 (no está en el corpus). Gaviria Stewart, E., López Sáez, M. y Cuadrado Guirado, I. (coords.) (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 107 y 110.

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

16 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Siguiendo la clasificación establecida por R. B. Cattell, apelar en personalidad a medidas de diferencias individuales en las que el propósito de la evaluación queda oculto es sinónimo de utilizar:

1 Datos O.

2 Datos T. ✓

3 Datos L.

4 Datos S.

Los datos T de Cattell proceden de pruebas objetivas cuyo propósito desconoce la persona evaluada

Cattell distinguía tres tipos de datos. Los **datos L** (life o vida) son hechos ordinarios de la vida real que son contrastables, como la edad, el nivel educativo, los ingresos o las calificaciones escolares. Los **datos Q** proceden de cuestionarios y son informados por la persona, que puede mentir voluntariamente o autoengañarse. Los **datos T** (objective tests o pruebas objetivas) eran sus preferidos y hacen referencia a pruebas en las que la persona evaluada **no es consciente de la relación** entre su respuesta y la característica de personalidad que se pretende medir, como la actividad exploratoria en un laberinto, la escritura al revés de números o palabras familiares o la presión de la escritura.

1 Cattell no incluye unos datos O entre sus fuentes, que son solo tres: L, Q y T.

2 Son los datos T, de pruebas objetivas en las que la persona no sabe qué característica se mide.

3 Los datos L son hechos de la vida real contrastables, como la edad, los ingresos o el número de accidentes de coche.

4 Los datos S no figuran en la clasificación de Cattell; los autoinformes por cuestionario son los datos Q, que la persona puede falsear.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 3.4.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 46

17 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Los resultados empíricos respecto del Modelo de los cinco grandes indican que, con el avance de la edad, se produce un incremento paulatino en:

1 Amabilidad y Responsabilidad. ✓

2 Extraversión y Neuroticismo.

3 Apertura y Responsabilidad.

4 Amabilidad y Neuroticismo.

Con la edad aumentan ligeramente la afabilidad y el tesón

Bermúdez y colaboradores revisan los estudios de **Costa y McCrae** sobre el cambio en los niveles medios de los rasgos. Con datos transversales de autoinforme y heteroinforme, la mayoría de las correlaciones entre edad y personalidad son significativas, pero de magnitud pequeña. Los resultados indican que con el avance de la edad se produce un **incremento paulatino** en **afabilidad** y **tesón**, mientras tiende a producirse un cierto **descenso** en **neuroticismo, extraversión y apertura mental**. La evolución parece lineal, salvo en el neuroticismo, donde los datos mostraban una cierta asociación curvilínea. Papalia y Martorell añaden que la responsabilidad es mayor en la mediana edad.

1 Afabilidad (amabilidad) y tesón (responsabilidad) son las dos dimensiones que aumentan con la edad.

2 Extraversión y neuroticismo tienden a descender con la edad.

3 La responsabilidad aumenta, pero la apertura mental tiende a descender.

4 La amabilidad aumenta, pero el neuroticismo tiende a descender.

Trampa. Las opciones 3 y 4 combinan una dimensión que sube con otra que baja.

Para fijarlo. Con los años nos volvemos más amables y más ordenados, y algo menos nerviosos, sociables y curiosos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 4, apdo. 2.2.2, págs. 169-170.
Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 468.

EN EL ATLAS

Tema H11 · Estabilidad de la personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

18 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Según la teoría de J. A. Gray, la sensibilidad hacia las recompensas tiene su base en:

1 El sistema de activación reticular ascendente.

2 El sistema de activación conductual. ✓

3 La corteza prefrontal derecha.

4 El sistema de activación límbico.

Para Gray, la sensibilidad a las recompensas depende del sistema de activación conductual

La **teoría de la sensibilidad al refuerzo y el castigo** de **Gray** propone un **Sistema de Activación Conductual** (SAC o BAS), responsable de la sensibilidad a las señales de refuerzo y recompensa, y un **Sistema de Inhibición Conductual** (SIC o BIS), responsable de la sensibilidad a las señales de amenaza o castigo condicionados. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que Gray gira 45° las dimensiones de Eysenck y las llama ansiedad e impulsividad: el BIS es el sustrato de la ansiedad y organiza la conducta ante castigos, y el BAS es el soporte de la impulsividad y la organiza ante premios. Por eso los extravertidos, más impulsivos, tendrían el BAS más activo.

1 El sistema de activación reticular ascendente (SARA) es la base que Eysenck propone para las diferencias de arousal cortical entre extravertidos e introvertidos.

2 Es el sistema de activación conductual, que responde a los estímulos que indican premios o no castigos.

3 Ninguno de los dos manuales sitúa en la corteza prefrontal derecha la base de la sensibilidad a la recompensa en la teoría de Gray.

4 El sistema límbico o cerebro visceral es la base que Eysenck atribuye al neuroticismo; Gray no habla de un sistema de activación límbico.

Trampa. Las opciones 1 y 4 son las bases biológicas de Eysenck para la extraversión y el neuroticismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdos. 4.3, 4.4 y 4.8. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, apdo. 4.5.1, pág. 314.

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

19 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Según la teoría de H.J. Eysenck, a igualdad de condiciones motivadoras, los introvertidos (vs. los extrovertidos) muestran:

1. Óptimo rendimiento con menores niveles de estimulación. ✓
2. Menor rendimiento en tareas de vigilancia.
3. Peor tolerancia a las condiciones de deprivación sensorial.
4. Menor rendimiento en tareas de condicionamiento.

Los introvertidos rinden de forma óptima con niveles de estimulación más bajos que los extravertidos

Para **Eysenck**, los **introvertidos** tienen en reposo un nivel crónicamente más elevado de **arousal cortical** y los extravertidos, uno bajo, que les lleva a buscar estimulación exterior para mantener un estado óptimo de activación. Bermúdez y colaboradores señalan que, en condiciones de activación moderada, los introvertidos rinden mejor en tareas de **vigilancia, condicionamiento**, aprendizaje verbal o tareas cognitivas. En el estudio de **Geen (1984)**, los extravertidos eligieron un ruido más intenso (54,2 dB) que los introvertidos (37,3 dB), y estos rindieron peor cuando se les sometía al nivel preferido por los extravertidos. El manual concluye que una estimulación más intensa que el nivel óptimo causa más reactividad y peor rendimiento en los introvertidos.

1. Los introvertidos alcanzan su nivel óptimo con menos estimulación, porque parten de un arousal cortical más alto.
2. En condiciones de activación moderada los introvertidos rinden mejor en tareas de vigilancia.
3. Son los extravertidos quienes necesitan buscar estimulación constantemente y se aburren si el ambiente no es muy estimulante.
4. En condiciones de activación moderada los introvertidos rinden mejor en tareas de condicionamiento.

Ojo. El comentario de partida cita también a Sánchez-Elvira (2005, pág. 355), Ampliación del tema H8; la respuesta se sostiene con la Base, Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.

EN EL ATLAS

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

20 PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 4

¿A qué tipo de condicionamiento clásico se hace referencia cuando la presentación del Estímulo Condicionado indica la ausencia del Estímulo Incondicionado?:

1 Demorado.

2 De huella.

3 Excitatorio.

4 Inhibitorio. ✓

En el condicionamiento inhibitorio el estímulo condicionado señala la ausencia del incondicionado

Domjan distingue dos tipos de condicionamiento pavloviano. En el **excitatorio** el organismo aprende a predecir cuándo ocurrirá un evento importante o EI. En el **condicionamiento inhibitorio** se aprende a predecir la **ausencia del EI**, y un **inhibidor condicionado** es una señal de esa ausencia. El manual lo ilustra con el valor de los periodos de seguridad predecible en ambientes donde ocurren cosas negativas sin advertencia. El **condicionamiento de demora** y el **de huella** figuran, en cambio, entre los procedimientos del condicionamiento pavloviano excitatorio: en ambos el EC se presenta primero y lo sigue el EI, de inmediato o tras un intervalo de huella.

1 En el condicionamiento de demora corta el EC inicia cada ensayo y el EI se presenta tras una breve demora; es un procedimiento excitatorio.

2 En el condicionamiento de huella el EI se presenta cierto tiempo después de que el EC haya terminado; es otro procedimiento excitatorio.

3 En el condicionamiento excitatorio el organismo aprende a predecir cuándo ocurrirá el EI, la relación contraria a la del enunciado.

4 Es el condicionamiento inhibitorio, en el que el EC se convierte en una señal de la ausencia del EI.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 3, págs. 84-85 y 89-90.

EN EL ATLAS: Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Se estudia con Domjan (Base).

21 PSICOLOGÍA BÁSICA

I10 · Emoción

Respuesta correcta: 3

El FACS (Facial Action Coding System):

1. Se basa en un sistema descriptivo de la expresión facial desarrollado por Izard.
2. Se puede aplicar únicamente a aquellas expresiones faciales que tengan un carácter emocional.
3. Permite descomponer cada expresión facial en unidades mínimas de movimiento. ✓
4. Su utilidad queda limitada al reconocimiento de expresiones faciales verdaderas.

El FACS de Ekman y Friesen descompone la expresión facial en unidades de acción

La expresión facial de las emociones se mide con dos sistemas de codificación estandarizados, el **Sistema de Codificación de la Acción Facial (FACS)** de **Ekman y Friesen (1978)** y el **MAX** de Izard (1979). Fernández-Abascal y colaboradores presentan el FACS como el sistema más usado y versátil, el instrumento de observación de la expresión más utilizado en psicología de la emoción. Con él puede registrarse toda la gama de expresiones faciales posibles: sirve para medir expresiones emocionales, cualquier otra expresión relacionada con la interacción e incluso fallos expresivos por lesión cerebral. Codifica la cara en **unidades de acción**, que normalmente corresponden a cambios de apariencia producidos por un solo músculo facial; Palmero lo presenta como un procedimiento para identificar las emociones a partir de esas unidades.

1. El FACS es de Ekman y Friesen; el sistema de Izard es otro, el MAX.
2. Con el FACS puede registrarse toda la gama de expresiones faciales posibles, también las que no son emocionales.
3. Es su principio de codificación, las unidades de acción ligadas a la acción de los músculos faciales.
4. El manual no limita su uso a las expresiones verdaderas; también sirve para expresiones de interacción y para detectar fallos expresivos por lesión cerebral.

Trampa. La opción 1 cambia el autor: Izard es el del MAX, el otro sistema de codificación facial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2010). Psicología de la emoción. Ramón Areces. Cap. 5, pág. 233. Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Cap. 7, pág. 210.

EN EL ATLAS: Tema I10 · Emoción. Se estudia con Fernández-Abascal Emoción (Ampliación) y Palmero (Base).

22

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

Señale qué fenómeno explica que, cuando el sonido de la lectura visual de los labios no coincide con el presentado auditivamente, se modifica la manera de escuchar éste:

1. El efecto Stroop.
2. El efecto McGurk. ✓
3. El efecto sufijo.
4. El efecto meridiano.

El efecto McGurk muestra que la lectura de labios cambia lo que se oye

Goldstein y Cacciamani definen la **percepción audiovisual del habla** como una percepción del habla afectada tanto por la **estimulación auditiva** como por la **visual**, como cuando una persona ve un vídeo de alguien vocalizando /fa/ mientras escucha el sonido /ba/ y percibe /fa/. A este fenómeno lo llaman también **efecto McGurk**. Las otras opciones son efectos de otros procesos. El **efecto Stroop** es la interferencia que produce el color de la tinta al nombrar palabras de color incongruentes. El **efecto sufijo** es el deterioro de la recencia en el recuerdo serial de una lista auditiva cuando se añade un elemento final que no hay que recordar, y sirve para estudiar la memoria ecoica.

1. En el efecto Stroop, nombrar el color de la tinta de una palabra que denota otro color casi dobla el tiempo de respuesta.
2. Es el efecto McGurk, nombre de la percepción audiovisual del habla.
3. El efecto sufijo consiste en que un elemento añadido al final de una lista oída daña el recuerdo de sus últimos elementos; es una prueba de la memoria ecoica.
4. Ninguna obra del corpus del Atlas describe un «efecto meridiano» relacionado con la percepción del habla.

Ojo. La edición de Goldstein y Cacciamani que hay en el corpus no incluye el capítulo sobre la percepción del habla, y el efecto McGurk solo aparece en su glosario (pág. 543); el comentario de partida remite a la 8.ª ed. de Goldstein (2011, pág. 318), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Glosario, pág. 543.
Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. UNED. Pág. 48. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 5, págs. 155-156.

EN EL ATLAS

Tema I3 · Sensación y percepción.

23 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

¿De qué tipo de memoria es resultado el fenómeno del priming perceptivo:

1 De la memoria declarativa.

2 De la memoria no declarativa. ✓

3 De la memoria explícita.

4 De la memoria episódica.

El priming perceptivo es una manifestación de la memoria no declarativa

Baddeley, Eysenck y Anderson distinguen la **memoria declarativa**, con la que recordamos de forma explícita la información al recuperarla de la memoria a largo plazo, y la **memoria no declarativa o implícita**. El concepto de memoria implícita surgió al estudiar lo que los pacientes amnésicos conservan: aunque no recuerden haber visto unas palabras, su experiencia previa les da ventaja. A ese fenómeno lo llaman **facilitación (priming)**, y lo describen como la influencia de la presentación de un ítem sobre su posterior percepción o procesamiento. El aprendizaje implícito incluye tres categorías, el **condicionamiento clásico**, la facilitación y el **aprendizaje procedimental**; Schacter (1992) llegó a considerar la facilitación perceptiva como un sistema de memoria propio.

1 La memoria declarativa es la que permite recordar de forma explícita la información; el priming actúa sin que la persona recuerde la presentación previa.

2 Es la memoria no declarativa o implícita, una de cuyas categorías es la facilitación.

3 La memoria explícita es la declarativa; el priming se observa incluso en amnésicos que no recuerdan haber visto los estímulos.

4 La memoria episódica es una forma de memoria declarativa, la de los sucesos vividos; el priming pertenece a la memoria implícita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 1, apdo. 8.2, pág. 39; cap. 5, apdos. 8 y 8.2, págs. 146-147 y 151.

EN EL ATLAS

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

24 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 4

Los colores que se perciben con el mismo matiz a pesar de tener una composición espectral distinta se conocen como:

1 Protanopes.

2 Complementarios.

3 Oponentes.

4 Metámeros. ✓

Los metámeros son luces físicamente distintas que se perciben como el mismo color

En los experimentos de igualación de color, el participante ajusta las proporciones de tres longitudes de onda en un campo hasta que parece idéntico a otro. Las luces de ambos campos son **físicamente distintas**, porque contienen diferentes longitudes de onda, pero **perceptivamente idénticas**. Goldstein y Cacciamani llaman **metamerismo** a esta situación y **metámeros** a los campos idénticos de un experimento de síntesis aditiva. Los metámeros parecen idénticos porque provocan el **mismo patrón de respuesta en los tres conos** receptores. El metamerismo es una de las pruebas de la teoría tricromática de la visión del color.

1 Un protanope es una persona con protanopia, una forma de dicromatopsia en la que falta el pigmento de onda larga.

2 Los colores complementarios son los opuestos en el círculo cromático, que combinados se anulan y dan lugar a blanco o gris.

3 Lo oponente remite a la teoría del procesamiento oponente de Hering y a las neuronas que responden de forma excitatoria a una parte del espectro e inhibitoria a otra.

4 Son los metámeros, estímulos físicamente distintos que se perciben idénticos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 255, 258, 260 y 261.

EN EL ATLAS: Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Goldstein y Cacciamani (Base).

25 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

¿Qué modelo de los siguientes propone una representación proposicional de la información en forma de redes semánticas?:

1 El modelo de Collins y Quillian (1969). ✓

2 El modelo de Craik y Lockhart (1972).

3 El modelo de Kahneman (1973).

4 El modelo de Cowan (1988).

Collins y Quillian representan el conocimiento semántico como una red jerárquica de conceptos

Para Baddeley, Eysenck y Anderson, el primer modelo sistemático de **memoria semántica** fue el de **Collins y Quillian (1969)**, cuyo supuesto central es que la memoria semántica se organiza en una serie de **redes jerárquicas**. Los conceptos principales (animal, pájaro, canario) se representan como **nodos**, y cada concepto tiene asociadas propiedades o características (tiene alas, es amarillo), que se almacenan en el nivel más general posible y se recuperan por inferencia. Los otros autores proponen modelos distintos: **Craik y Lockhart** (1972), los niveles de procesamiento; **Kahneman** (1973), la capacidad atencional limitada; y Cowan, un modelo descendente de la memoria de trabajo.

1 Es el modelo de redes jerárquicas de la memoria semántica, con conceptos como nodos y sus propiedades asociadas.

2 Craik y Lockhart propusieron el principio de los niveles de procesamiento, según el cual el aprendizaje depende de la manera en que se procesa el material.

3 Kahneman elaboró el primer modelo de capacidad atencional limitada, el de recursos simples o centrales.

4 El modelo de Cowan es un enfoque descendente de la memoria de trabajo, con un foco atencional que mantiene unos cuatro objetos a la vez.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 7, apdo. 3.1, págs. 204-205; cap. 3, pág. 92; cap. 4, apdo. 7.1, págs. 111-112. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, pág. 63.

EN EL ATLAS: Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base).

26 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 3

Señale bajo qué principio de agrupamiento perceptivo se establece que los elementos que se presentan con una misma pauta de movimiento son percibidos como una misma unidad perceptiva:

1 Semejanza.

2 Parsimonia.

3 Destino común. ✓

4 Buena continuación.

Según el destino común, los elementos que se mueven en la misma dirección se perciben agrupados

Entre los **principios de agrupamiento perceptivo** de la Gestalt, Goldstein y Cacciamani describen el de **destino común**: los elementos que se mueven en la misma dirección parecen estar agrupados entre sí. Por eso una bandada de pájaros que vuela junta se interpreta como una unidad, y si alguno cambia de dirección se crea una nueva unidad. El principio funciona aunque los objetos del grupo sean distintos, basta con que se muevan en la misma dirección. El de **semejanza** agrupa elementos parecidos, como columnas del mismo color, y el de **buena continuidad** hace que las líneas se perciban siguiendo el camino más fluido o suave posible.

1. La semejanza agrupa los elementos parecidos entre sí, por ejemplo por su color.
2. La parsimonia no figura entre los principios de agrupamiento que recogen los manuales de percepción del corpus.
3. Es el destino común, que agrupa los elementos que se mueven en la misma dirección.
4. Según la buena continuidad, las líneas se perciben siguiendo el camino más fluido posible, sin cambios bruscos de dirección.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 120-122.

Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Goldstein y Cacciamani (Base).

27 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes afirmaciones puede aplicarse al razonamiento deductivo:

1 A partir de premisas verdaderas su conclusión no puede ser falsa ✓

2 A partir de premisas verdaderas en improbable que su conclusión sea falsa.

3 La verdad de las premisas no garantiza la verdad de las conclusiones.

4 Permite describir y predecir nueva información en función de la información conocida.

En un argumento deductivo válido, si las premisas son verdaderas la conclusión no puede ser falsa

González Labra distingue el razonamiento deductivo del inductivo por los conceptos de **validez** y de **probabilidad**. Un argumento deductivo es **válido** solo si es **imposible** que su conclusión sea falsa cuando sus premisas son verdaderas; en él las conclusiones se siguen necesariamente de las premisas, y la verdad de las premisas garantiza la de la conclusión. Un argumento inductivo es **fuerte** solo si es **improbable** que su conclusión sea falsa cuando sus premisas son verdaderas, porque sus conclusiones son más o menos probables. La inducción se basa en la regularidad de los fenómenos observados y permite descubrir y predecir nueva información en función de la conocida.

1 Es la definición de validez deductiva: es imposible que la conclusión sea falsa si las premisas son verdaderas.

2 Que sea improbable que la conclusión sea falsa define la fuerza de un argumento inductivo.

3 En el razonamiento deductivo la verdad de las premisas sí garantiza la verdad de las conclusiones; la opción describe la inducción.

4 Descubrir y predecir nueva información en función de la conocida es lo que el manual atribuye a la inducción.

Trampa. Las opciones 2 y 4 copian definiciones del manual, pero de la inducción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 2, apdo. 2, págs. 24-26.

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

28 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 1

Según David Marr ¿en qué nivel de organización del procesamiento visual se representan las primitivas simbólicas de la imagen?:

1 En el esbozo primario bruto. ✓

2 En el esbozo primario completo.

3 En el esbozo 21/2-D.

4 En el esbozo 3-D.

Las primitivas simbólicas de la imagen se obtienen en el esbozo primario bruto de Marr

Marr distingue tres fases del procesamiento visual: **esbozo primario**, **esbozo 2½-D** y **esbozo 3-D**. Luna y Tudela explican que el esbozo primario hace explícitos los cambios de intensidad de la imagen especificando sus **características primitivas simbólicas**, que según Marr son cuatro (bordes, barras, terminaciones y manchas), con sus parámetros de posición, tamaño, orientación y contraste. Esta fase tiene dos subfases. En el **esbozo primario bruto** se pasa de la descripción analógica de la distribución de luminancia a la descripción simbólica basada en las primitivas. El **esbozo primario completo** aplica los principios de organización que agrupan esas primitivas en conjuntos y zonas que estructuran la escena.

1 Es el esbozo primario bruto, donde la descripción analógica de la luminancia se convierte en una descripción simbólica basada en primitivas.

2 El esbozo primario completo agrupa las primitivas ya obtenidas en conjuntos y zonas mediante principios de organización.

3 El esbozo 2½-D hace explícitas la orientación y la profundidad de las superficies visibles en coordenadas centradas en el observador.

4 El modelo 3-D es la fase final, que representa las formas en un marco de referencia centrado en el objeto mediante primitivas volumétricas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 1, págs. 47-48; cap. 3, apdos. 3.1-3.2, págs. 130-131.

EN EL ATLAS: Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Luna y Tudela (Ampliación).

29 PSICOLOGÍA BÁSICA

I8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

¿Qué entidad neuronal postula el modelo de Morton (1969) para representar una palabra escrita?:

1 El lemma.

2 El perceptrón.

3 El pictogén.

4 El logogén. ✓

En el modelo de Morton, cada palabra está representada por un logogén

Cuetos, González y De Vega presentan el **modelo del logogén** de **Morton (1969, 1982)** como el modelo de **acceso directo** más influyente en el reconocimiento de palabras. Cada palabra que conocemos está representada en la memoria por un dispositivo llamado **logogén**, que acumula evidencia o activación sobre esa palabra y se dispara cuando alcanza un **umbral** prefijado. Los logogenes funcionan en paralelo, y las palabras frecuentes tienen umbrales más bajos, lo que explica el efecto de frecuencia léxica; la información de arriba-abajo explica el efecto del contexto. El **lemma** pertenece a otro modelo, el de producción de Levelt, y el perceptrón de Rosenblatt (1958) es un mecanismo computacional del origen del conexionismo.

1 El lemma es, en el esquema de Levelt (1989), la representación de una palabra que incorpora su información semántica y sintáctica en la producción del habla.

2 El perceptrón es un mecanismo computacional de Rosenblatt (1958), formado por unidades que trabajan en paralelo, en el origen de los modelos conexionistas.

3 El pictogén no aparece en las obras de lenguaje del corpus como unidad del modelo de Morton.

4 Es el logogén, el dispositivo que acumula activación sobre una palabra hasta alcanzar su umbral.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 6, págs. 160-162; cap. 10, pág. 263. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 7, pág. 233.

EN EL ATLAS: Tema I8 · Lenguaje. Se estudia con Cuetos (Base).

30

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D14 · VIH/SIDA y otras enfermedades del sistema inmune

Respuesta correcta: 2

¿Qué tipo de prevención constituiría una campaña dirigida a la detección precoz de la infección por VIH?:

1 Prevención primaria.

2 Prevención secundaria. ✓

3 Prevención terciaria.

4 Promoción de hábitos saludables.

Promover la detección precoz de la infección por VIH es prevención secundaria

Belloch, Sandín y Ramos (2008) explican que el sida reclama un enfoque global que abarque la **prevención primaria** (evitar el contagio), la **secundaria** (diagnóstico precoz y control de las infecciones) y la **terciaria** (favorecer la readaptación social). La primaria conlleva educación para la salud que modifique hábitos para evitar el contagio, como el uso de preservativos o de jeringuillas de un solo uso. La **secundaria** comprende las medidas para que las personas que sospechen un posible contagio se sometan cuanto antes a **pruebas de seropositividad**, y para que los seropositivos acudan a revisiones periódicas. La terciaria busca una evolución lo más positiva posible de la enfermedad y evitar complicaciones y recaídas.

1 La prevención primaria busca evitar el contagio mediante educación para la salud y cambio de hábitos de riesgo.

2 Es la prevención secundaria, que incluye conseguir que quien sospeche un contagio se haga cuanto antes la prueba de seropositividad.

3 La prevención terciaria se dirige a las personas ya enfermas, para favorecer una evolución positiva y evitar complicaciones y recaídas.

4 Promover hábitos saludables forma parte de la educación para la salud de la prevención primaria, cuyo fin es evitar el contagio.

Para fijarlo. Primaria evita, secundaria detecta, terciaria acompaña al que ya está enfermo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 340.

EN EL ATLAS

Tema D14 · VIH/SIDA y otras enfermedades del sistema inmune. Se estudia con Belloch 2008 (Base).

31

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) ¿en qué consiste la evaluación secundaria?:

1. La valoración que las personas realizan sobre sus propios recursos para enfrentarse al suceso estresante. ✓
2. El análisis que las personas realizan sobre la naturaleza del suceso estresante al que se enfrentan.
3. Una reevaluación que las personas realizan cuando aparece nueva información sobre el suceso estresante.
4. La valoración final que las personas realizan sobre el resultado conseguido con la estrategia de afrontamiento seleccionada.

En la evaluación secundaria la persona valora sus propios recursos para afrontar la situación

La teoría de **Lazarus** sitúa en la **evaluación cognitiva** el mediador de las reacciones de estrés y distingue tres tipos: primaria, secundaria y reevaluación. La **evaluación primaria** se produce en cada encuentro con una demanda externa o interna y puede dar lugar a amenaza, daño-pérdida, desafío o beneficio. Belloch, Sandín y Ramos definen la **evaluación secundaria** como la valoración de los **propios recursos para afrontar la situación**, que incluyen las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos materiales; de ella depende que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. La **reevaluación** son los procesos de feedback que permiten corregir valoraciones previas a medida que se desarrolla la interacción.

1. Es la evaluación secundaria, la valoración de los propios recursos para afrontar la situación.
2. Analizar la naturaleza del suceso y la demanda que plantea corresponde a la evaluación primaria.
3. La reevaluación es el proceso de feedback que corrige valoraciones previas a medida que aparece nueva información.
4. El modelo no recoge una evaluación final del resultado del afrontamiento como tipo propio; los tres tipos son primaria, secundaria y reevaluación.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son las otras dos evaluaciones del modelo; conviene recordar el orden: demanda, recursos y corrección.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 377. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 10, apdo. 3.1.1.2, pág. 454.

EN EL ATLAS

Tema B9 · Estrés. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Bermúdez 2011 (Ampliación).

32 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 3

Según la teoría del control de la puerta (Melzack y Wall, 1965) ¿a qué sería debida la experiencia del dolor?:

1 A la cantidad de tejido dañado.

2 Al refuerzo negativo recibido del entorno.

3 A la interacción entre aspectos sensoriales, cognitivos y emocionales. ✓

4 A la percepción de autoeficacia para afrontar el dolor.

Para la teoría de la puerta, el dolor surge de la interacción de factores sensoriales, emocionales y cognitivos

Amigo explica que el modelo biomédico no podía dar cuenta del dolor del miembro fantasma ni de que lesiones iguales produzcan dolores de muy distinta intensidad. La **teoría de la puerta** de **Melzack y Wall (1965)** abrió nuevas perspectivas, porque el dolor deja de verse como un producto lineal del **daño tisular** y pasa a ser un fenómeno complejo vinculado también con el **estado emocional**, los aspectos motivacionales y de reforzamiento y los **factores atencionales**. La actividad de los nociceptores se modula en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta, y los mensajes descendentes del cerebro también pueden abrirla o cerrarla. Melzack y Casey propusieron tres dimensiones del dolor: sensorial-discriminativa, afectivo-motivacional y cognitivo-evaluativa.

1 Relacionar el dolor solo con la cantidad de tejido dañado es lo propio del modelo anterior, que no explicaba el dolor del miembro fantasma.

2 El refuerzo del entorno explica en el manual las conductas de dolor (Fordyce, 1975), que pueden convertirse en conducta operante; es otro modelo.

3 Es la interacción de factores sensoriales, emocionales y cognitivos que propone la teoría de la puerta.

4 La teoría de la puerta integra el daño tisular, la emoción, la motivación y la atención, y no reduce la experiencia de dolor a una sola variable como la autoeficacia.

Ojo. Los cortes de Amigo (2020, 4.ª ed.) tienen la capa de texto cifrada; las fechas se han leído sobre la imagen (Melzack y Wall, 1965). El comentario de partida cita la edición de 2012 (pág. 144).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdos. 2 y 2.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Amigo (Base).

33 PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 2

¿En cuál de las siguientes propuestas teóricas, la intención de una conducta está en función de las actitudes y de la norma subjetiva?:

1 Teoría de la autoeficacia de Bandura (1986).

2 Teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980). ✓

3 Modelo de creencias de salud de Becker y Rosenstock (1984).

4 Teoría del equilibrio de Herder (1958).

En la teoría de la acción razonada, la intención depende de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva

Gaviria, López y Cuadrado explican que, en la formulación inicial de **Fishbein y Ajzen (1975)**, conocida como **teoría de la acción razonada**, la **intención de conducta** está determinada por dos factores independientes. Uno es personal, la **actitud hacia la conducta**, el grado en que la persona evalúa favorablemente o no realizarla. El otro refleja la influencia del contexto social, la **norma subjetiva**. Amigo presenta la teoría de la conducta planeada de Ajzen como un desarrollo de esta teoría, que añade el control conductual percibido. Los demás modelos de las opciones explican la conducta con otros elementos, como la autoeficacia o la vulnerabilidad y la gravedad percibidas.

1 La teoría de Bandura se centra en la autoeficacia, la creencia en la propia capacidad para realizar una conducta.

2 Es la teoría de la acción razonada, para la que la intención depende de la actitud y de la norma subjetiva.

3 En el modelo de creencias sobre la salud, la conducta depende de la vulnerabilidad percibida, la gravedad del problema y el balance entre beneficios y costes de la acción preventiva.

4 La teoría del equilibrio, de Heider (1958), trata la coherencia entre actitudes; la opción la atribuye a Herder.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria Stewart, E., López Sáez, M. y Cuadrado Guirado, I. (coords.) (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 162 y 164. Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1-4.3 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 68, PIR 2025 · n.º 195

34

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias · Anulada

Anulada

Señale, según el DSM 5, qué sustancia produce, en personas dependientes de la misma, al dejar de consumirla o con su intoxicación aguda, una depresión caracterizada por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, problemas del sueño y aumento de peso, que puede durar, según la gravedad del consumo, desde 18 horas a semanas o meses:

1. La cocaína.
2. El alcohol (cualquier tipo)
3. La heroína.
4. El hachís.

La depresión con disforia, anhedonia, fatiga y aumento de peso al dejar la cocaína es su síndrome de abstinencia

El Ministerio **anuló** la pregunta. El enunciado reproduce casi a la letra la descripción de Caballo de la **abstinencia de cocaína**: tras dejar de consumirla, o después de la intoxicación aguda, aparece una depresión con disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, insomnio o hipersomnia y **aumento de peso**, que dura unas **18 horas** con un consumo leve o moderado y puede prolongarse semanas o meses. El DSM-5 recoge el cuadro como **abstinencia de estimulantes**, definida por humor disfórico y cambios fisiológicos, pero no da esas cifras de duración. El Ministerio no publicó el motivo de la anulación.

1. Es la descripción de la abstinencia de cocaína que da Caballo; el DSM-5 la recoge como abstinencia de estimulantes.
2. La abstinencia de alcohol cursa con hiperactividad autonómica, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, ansiedad o convulsiones, un cuadro distinto.
3. En la abstinencia de opiáceos como la heroína aparecen ánimo disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, diarrea, bostezos, fiebre o insomnio.
4. La abstinencia de cannabis incluye pérdida de apetito o de peso, y no aumento de peso, junto a irritabilidad, ansiedad y dificultades para dormir.

Ojo. El enunciado dice «según el DSM 5», pero las 18 horas y el aumento de peso salen del manual de Caballo; el DSM-5 define la abstinencia de estimulantes por humor disfórico con fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora (pág. 569).

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. 19, pág. 561. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Abstinencia de estimulantes, págs. 569-570; abstinencia de alcohol, pág. 499; abstinencia de cannabis, págs. 517-518; abstinencia de opiáceos, pág. 548.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 233, PIR 2020 · n.º 63

35 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Qué caracteriza el síndrome de Münchausen?:

1 Tendencia a las infecciones urinarias que el paciente tratará de explicar debido a una falta de regulación natural de su temperatura corporal.

2 La utilización por parte de los pacientes de una terminología florida y muy técnica en la descripción de sus síntomas físicos cuando están enfermos.

3 El fingimiento de una enfermedad inexistente, la conducta errante de hospital en hospital y la tendencia patológica a mentir. ✓

4 Conductas continuas de comprobación corporal (como revisión manual del cuerpo en busca de bultos sospechosos, tomarse la fiebre continuamente, purgarse varias veces a la semana, y seguir una dieta estricta) por el miedo a tener un cáncer.

El síndrome de Münchausen une fingimiento de enfermedad, peregrinación hospitalaria y mentira patológica

Caballo, Salazar y Carrobles llaman **síndrome de Münchausen** a la forma clínica más grave y crónica del **trastorno facticio**, término que acuñó R. Asher en 1951. Se caracteriza por el **fingimiento de una enfermedad inexistente**, la **conducta errante de hospital en hospital** (peregrinación) y la **tendencia patológica a mentir**, y supone el 10 % de los casos facticios. Belloch, Sandín y Ramos añaden que Asher lo describió como la fabricación de historias, signos y síntomas de enfermedad para conseguir atención médica, y que el uso correcto del término es una presentación particularmente grave y crónica del trastorno facticio.

1 Ninguna obra del corpus describe el síndrome de Münchausen con infecciones urinarias ligadas a la regulación de la temperatura.

2 La definición del síndrome no incluye el uso de terminología técnica, aunque Belloch y colaboradores mencionan que el rol de enfermo puede servir para acumular y exhibir conocimientos médicos.

3 Son los tres rasgos con que se define el síndrome de Münchausen.

4 Las conductas de comprobación y vigilancia corporal por miedo a una enfermedad son propias de la ansiedad por la salud, en la que los síntomas no se fingen.

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. 17, pág. 562. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 306, 312 y 315.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

36

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

La presencia de síntomas o déficits que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, que hace pensar en la existencia de una enfermedad médica, neurológica o de otro tipo, para la que no se encuentra ninguna prueba clínica que lo corrobore, es una de las características del:

1. Trastorno somatomorfo indiferenciado.
2. Trastorno de somatización.
3. Trastorno de conversión. ✓
4. Trastorno por dolor.

El trastorno de conversión afecta a la función motora o sensorial y hace pensar en una enfermedad neurológica

El enunciado copia la característica esencial del **trastorno de conversión** en el DSM-IV: síntomas o déficits que afectan a las funciones **motoras o sensoriales** y que sugieren un trastorno neurológico u otra enfermedad médica que las pruebas no confirman. El DSM-IV añadía que los síntomas no se producían intencionadamente. El DSM-5-TR lo llama **trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)** y pide hallazgos clínicos que prueben la **incompatibilidad** entre el síntoma y las afecciones neurológicas reconocidas (criterio B), de modo que el diagnóstico ya no se hace por exclusión.

1. El trastorno somatomorfo indiferenciado consistía en uno o más síntomas físicos sin explicación médica, como el cansancio crónico o las molestias gastrointestinales, durante 6 meses o más.
2. El trastorno de somatización exigía un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos.
3. Es la característica esencial del trastorno de conversión en el DSM-IV.
4. En el trastorno por dolor el síntoma principal del cuadro es el dolor, con gravedad suficiente para requerir atención médica.

> **Ojo.** El DSM-IV exigía además que factores psicológicos se asociaran al inicio o a la exacerbación del síntoma. Desde el DSM-5 no se requiere un factor de estrés reciente, que queda como especificador («con» o «sin factor de estrés psicológico»), porque no siempre está presente (DSM-5-TR, págs. 350 y 361).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos somatomorfos, págs. 457, 462, 464 y 470. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), págs. 318-319.

EN EL ATLAS Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 76

37 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la diferencia entre el trastorno facticio y el de simulación?:

1 Que el paciente con trastorno facticio obtiene una ganancia interna de los síntomas, mientras que en el de simulación la ganancia es externa. ✓

2 La diferencia radica en las enfermedades y trastornos que provocan por la continua persistencia de sus síntomas: trastornos físicos en el trastorno facticio y diversos trastornos mentales en el de simulación.

3 Que la simulación proporciona al paciente más beneficios psicológicos, propios del papel del enfermo.

4 Que en el trastorno facticio la persona es consciente de la simulación de su enfermedad, mientras que en el trastorno de simulación la persona cree realmente que tiene una enfermedad concreta.

El trastorno facticio se diferencia de la simulación por la ausencia de una recompensa externa

En los dos casos la persona falsea o provoca los síntomas a sabiendas. Según el DSM-5, la **simulación** se distingue por el carácter intencional de los síntomas para obtener **beneficios personales**, como dinero o tiempo fuera del trabajo, mientras que el **trastorno facticio** exige que el engaño sea evidente incluso en **ausencia de una recompensa externa obvia** (criterio C). Los manuales de psicopatología lo resumen hablando de **ganancia interna**, convertirse en paciente y recibir cuidados, frente a la ganancia externa de la simulación, que es lo que recoge la opción 1.

1 Es la diferencia que recoge el DSM: el facticio no se explica por recompensas externas y la simulación persigue un beneficio externo.

2 Lo que separa los dos cuadros es el motivo del engaño. El tipo de síntoma no sirve, porque el trastorno facticio admite tanto síntomas físicos como psicológicos.

3 Los beneficios del papel de enfermo son la ganancia interna propia del trastorno facticio; la simulación busca beneficios externos.

4 En los dos casos la persona falsifica los síntomas con engaño. La creencia sincera de estar enfermo, sin falsificación, apunta al trastorno de síntomas somáticos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno facticio, págs. 324-326. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 17, pág. 521.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 91, PIR 2019 · n.º 126, PIR 2021 · n.º 103, PIR 2022 · n.º 25

38 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

¿En qué tipo de trastorno disociativo el paciente se siente distanciado como si fuera un observador externo de su cuerpo o procesos mentales?:

1 La fuga disociativa.

2 El trastorno de conversión.

3 El trastorno de despersonalización. ✓

4 La psicosis histérica.

Sentirse un observador externo del propio cuerpo o de los procesos mentales es despersonalización

El criterio A1 del **trastorno de despersonalización/desrealización** (el «trastorno de despersonalización» del enunciado) describe experiencias de **irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo** respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el **cuerpo** o las acciones de uno mismo, con las **pruebas de realidad intactas**. La **fuga disociativa** es, desde el DSM-5, un especificador de la amnesia disociativa; el **trastorno de conversión** pertenece a los trastornos de síntomas somáticos, y la psicosis histérica no es un diagnóstico del DSM-5.

1 La fuga disociativa consiste en un deambular aparentemente con un propósito o un vagabundeo desorientado con amnesia de la identidad, y en el DSM-5 es un especificador de la amnesia disociativa.

2 El trastorno de conversión (hoy trastorno de síntomas neurológicos funcionales) se define por síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria y no figura entre los disociativos.

3 Es el criterio A1 del DSM-5.

4 La psicosis histérica no es una categoría del DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Amnesia disociativa, pág. 298; trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 302; trastorno de conversión, pág. 318.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 151, PIR 2015 · n.º 208, PIR 2019 · n.º 154

39 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la característica esencial de los trastornos disociativos?:

1 Una perturbación en la integración de las funciones de la consciencia, memoria, identidad y percepción. ✓

2 Una incapacidad para recordar información personal importante en situaciones estresantes.

3 Una fragmentación en distintas identidades que toman el control de la conducta del individuo de manera alternativa.

4 Uno o más síntomas que afectan las funciones motoras voluntarias y que sugieren una enfermedad neurológica.

Los trastornos disociativos se caracterizan por una alteración en la integración de conciencia, memoria, identidad y percepción

El **DSM-5-TR** define los **trastornos disociativos** por una **interrupción o discontinuidad en la integración normal** de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Belloch, Sandín y Ramos recogen esa misma definición de la disociación. Las otras opciones describen trastornos concretos del grupo. La **amnesia disociativa** es la incapacidad para recordar información autobiográfica no compatible con el olvido normal; el **trastorno de identidad disociativo** implica dos o más estados de la personalidad bien definidos; y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (**conversión**) pertenece a otro capítulo del DSM.

1 Es la definición común de los trastornos disociativos en el DSM-5-TR.

2 La incapacidad para recordar información autobiográfica define solo la amnesia disociativa.

3 La fragmentación en distintas identidades corresponde al trastorno de identidad disociativo, uno de los trastornos del grupo.

4 Los síntomas que afectan a la función motora o sensitiva voluntaria definen el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), que el DSM-5-TR sitúa entre los trastornos de síntomas somáticos.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son verdaderas para un trastorno concreto, pero la pregunta pide lo que comparten todos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Cap. «Trastornos disociativos», págs. 329-330; cap. «Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados», pág. 360. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 260-261.

EN EL ATLAS

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

40

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 4

¿Cuánto puede llegar a durar la amnesia disociativa?:

1 No más de 30 minutos.

2 Varias horas.

3 Varios días, pero en raras ocasiones más de un mes.

4 Varios años. ✓

Las lagunas de la amnesia disociativa pueden abarcar desde minutos hasta años

El DSM-5 dice que en la **amnesia disociativa** la **duración de los eventos olvidados** puede variar **desde minutos hasta décadas**. Algunos episodios se resuelven rápidamente y otros **persisten durante largos períodos**, y hay personas que recuerdan gradualmente lo disociado **años más tarde**. Belloch lo formula igual, con una pérdida de memoria que puede durar **de minutos a años**, e incluso décadas. La opción de varios años es la única compatible con esa amplitud, porque las otras ponen un techo que el manual no fija.

1 El manual no limita la amnesia a 30 minutos y admite que abarque décadas.

2 Algunos episodios duran horas, pero otros persisten mucho más tiempo.

3 El DSM-5 no dice que rara vez supere un mes y describe episodios que persisten durante largos períodos.

4 Es compatible con el intervalo de minutos a décadas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Amnesia disociativa, desarrollo y curso, pág. 299. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 269.

EN EL ATLAS Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 71, PIR 2020 · n.º 98

41

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina la capacidad que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la consumen?:

1 Potencial adictivo de una droga. ✓

2 Dependencia psicológica.

3 Dependencia física.

4 Síndrome de dependencia.

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

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 rara vez controla su consumo, mientras que la mayoría de los consumidores de alcohol son bebedores sociales. El mismo apartado distingue la **dependencia física**, cuyos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, de la **dependencia psíquica**, el impulso a consumir la droga para producir placer o evitar el malestar. Belloch, Sandín y Ramos definen el **síndrome de dependencia** con la CIE-10.

1. Es el potencial adictivo, la propensión de una sustancia a producir dependencia en quienes la usan.
2. La dependencia psicológica es el sentimiento de satisfacción e impulso psíquico que exigen consumir la droga para producir placer o evitar el malestar; es un estado de quien consume.
3. La dependencia física es el estado de adaptación que se manifiesta con intensos trastornos físicos (el síndrome de abstinencia) al interrumpir la droga.
4. El síndrome de dependencia es, para la CIE-10, el conjunto de manifestaciones en que el consumo adquiere la máxima prioridad para el individuo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 19, pág. 610. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 486.

EN EL ATLAS

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

42 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 4

¿Qué comparten los trastornos facticios y los somatomorfos?:

1 La generación deliberada de los síntomas.

2 La pérdida repetida del trabajo.

3 El control voluntario de la persona.

4 En ambos se dan síntomas corporales y factores psicológicos. ✓

Facticios y somatomorfos comparten síntomas corporales y factores psicológicos, y se separan por la intención

La 2.ª edición del manual de Caballo, Salazar y Carrobles (2014) dice que los **trastornos facticios** comparten con los **somatomorfos** la presencia de **síntomas corporales** y la existencia de **factores psicológicos** involucrados en el problema, y que deben diferenciarse por la **generación deliberada de los síntomas**. Belloch, Sandín y Ramos explican que el DSM-5 incluye los facticios en la categoría de trastornos de síntomas somáticos y relacionados, aunque se diferencian del resto en que los signos o síntomas se producen **intencionadamente** para asumir el rol de enfermo. Por eso la generación deliberada y el control voluntario son lo que los separa.

1. La generación deliberada de los síntomas es lo que distingue a los facticios de los somatomorfos.
2. La pérdida repetida del trabajo no figura en los manuales como rasgo común de ambos grupos.
3. El control voluntario de los síntomas es propio del trastorno facticio; en los somatomorfos los síntomas no se producen intencionadamente.
4. Es lo que comparten: síntomas corporales y factores psicológicos implicados en el problema.

Ojo. La frase de lo que comparten ambos grupos está en la 2.ª edición de Caballo (2014, pág. 497); la 3.ª edición (2024, pág. 541), que es la del Atlas, solo conserva que en los facticios los síntomas se producen deliberadamente con el propósito de ser cuidados como enfermos. La clave se sostiene igual con Belloch y colaboradores (2020).

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. Capítulo de los trastornos de síntomas somáticos, pág. 497. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 17, pág. 541. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 312.

EN EL ATLAS

Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

43

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes trastornos de ansiedad presenta un patrón de respuesta cardiovascular bifásico?:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Fobia específica a la sangre. ✓
3. Fobia social.
4. Agorafobia.

La fobia a la sangre produce una respuesta cardiovascular bifásica

En la mayoría de las fobias específicas (situacionales, al entorno natural y a animales) la exposición al estímulo activa el **sistema nervioso simpático**. Las personas con **fobia a la sangre-inyecciones-heridas**, en cambio, a menudo presentan una **respuesta vasovagal** de desmayo o sensación de desmayo, con una **aceleración inicial y fugaz** de la frecuencia cardíaca y una elevación de la tensión arterial, seguidas de una **desaceleración** de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión. Caballo llama **bifásico** a este patrón y lo describe como distinto del resto de los fóbicos.

1. El trastorno obsesivo-compulsivo ya no se considera un trastorno de ansiedad desde el DSM-5, y no se le atribuye este patrón.
2. Es el tipo de fobia que presenta el patrón bifásico.
3. Caballo presenta el patrón bifásico como un rasgo que separa la fobia a la sangre y las heridas del resto de los fóbicos, incluidos los sociales.
4. La agorafobia tampoco muestra este patrón; la caída vasovagal es propia de la fobia a la sangre, las inyecciones y las heridas.

> **Para fijarlo.** Ante la sangre, el corazón sube un momento y luego se desploma; por eso estos pacientes se desmayan.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, págs. 199-200. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 179. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 35 y 37.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 113

44 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿En cuál de los siguientes trastornos es más habitual un inicio en la infancia o adolescencia?:

1. Fobia social. ✓
2. Trastorno de pánico.
3. Trastorno de ansiedad generalizada.
4. Trastorno de estrés postraumático.

De las cuatro opciones, solo el trastorno de ansiedad social suele empezar en la infancia o la adolescencia

El DSM-5 da edades de inicio muy distintas. El trastorno de ansiedad social (fobia social) tiene una **edad media de inicio de 13 años**, con el 75 % de los casos entre los 8 y los 15. En el trastorno de pánico la media está entre los **20 y los 24 años**, y en el trastorno de ansiedad generalizada en los **30 años**, más tarde que en los demás trastornos de ansiedad y rara vez antes de la adolescencia. El trastorno de estrés postraumático puede aparecer a **cualquier edad**, a partir del primer año de vida.

1. Es el único de los cuatro con inicio típico en la adolescencia, con una media de 13 años.
2. Un pequeño número de casos empieza en la infancia, pero la media de inicio está entre los 20 y los 24 años.
3. Su edad media de inicio es de 30 años, y el inicio rara vez ocurre antes de la adolescencia.
4. Puede ocurrir a cualquier edad, a partir del primer año de vida, y sus síntomas suelen empezar en los 3 meses siguientes al trauma.

EDAD DE INICIO SEGÚN EL DSM-5

Trastorno	Inicio
Trastorno de ansiedad social	Edad media de inicio de 13 años; el 75 % entre los 8 y 15 años
Trastorno de pánico	Media de la edad de inicio de 20 a 24 años en Estados Unidos
Trastorno de ansiedad generalizada	Edad media de inicio de los síntomas, 30 años; el inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia
Trastorno de estrés postraumático	A cualquier edad, a partir del primer año de vida

Fuente: APA (2014), DSM-5, págs. 205, 210, 223 y 276

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, pág. 205; trastorno de pánico, pág. 210; trastorno de ansiedad generalizada, pág. 223; trastorno de estrés postraumático, pág. 276.

EN EL ATLAS Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base). DSM-5-TR es Base del tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo.

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 176, PIR 2014 · n.º 117

45 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Las preocupaciones normales y las preocupaciones patológicas (p.ej. las que aparecen en un Trastorno de ansiedad generalizada), NO se diferencian en:

1. Contenido. ✓
2. Intensidad.
3. Incontrolabilidad.
4. Malestar asociado.

Las preocupaciones normales y las del trastorno de ansiedad generalizada no se distinguen por su contenido

El DSM-5 separa el **trastorno de ansiedad generalizada** de la ansiedad no patológica por tres rasgos. Las preocupaciones del trastorno son **excesivas** e interfieren en el funcionamiento psicosocial, mientras que las cotidianas se perciben como más manejables y pueden aplazarse. Además son más penetrantes, pronunciadas y **angustiosas**, duran más y aparecen a menudo sin desencadenantes. Por último, se acompañan más de **síntomas físicos**. Caballo añade que las preocupaciones adaptativas y las del trastorno **no difieren en sus contenidos generales** y que el elemento diferencial principal es la percepción de **falta de control**.

1. Los estudios no encuentran diferencias en los contenidos generales, y ambas preocupaciones se entienden como polos de un continuo.
2. La intensidad sí las diferencia, porque en el trastorno la intensidad, la duración o la frecuencia de la preocupación son desproporcionadas.
3. La incontrolabilidad es el criterio B del trastorno y, para Caballo, el rasgo que más lo separa de la preocupación normal.
4. El malestar también las diferencia, porque las preocupaciones patológicas son más angustiosas y causan malestar subjetivo.

QUÉ DISTINGUE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DE LA ANSIEDAD NO PATOLÓGICA

Rasgo	Qué dice el DSM-5
En primer lugar	Las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial; las de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas
En segundo lugar	Son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes
En tercer lugar	Las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos

Fuente: APA (2014), DSM-5, Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223

Ojo. La tabla de Caballo que resume las diferencias (tabla 11.2) incluye que las preocupaciones del trastorno se refieren más a menudo a cuestiones menores y al futuro. Por eso conviene leer «contenido» como los temas generales de preocupación, que son los mismos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, pág. 345.

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

46

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes es una característica de las compulsiones del Trastorno obsesivo compulsivo?:

1. Son siempre respuestas motoras.
2. Son conductas con una función o finalidad (reducir o prevenir algo temido). ✓
3. Son conductas placenteras en sí mismas.
4. Son conductas automáticas e incontrolables.

Las compulsiones sirven para reducir el malestar o prevenir algo temido

Caballo describe las **compulsiones** como conductas o **actos mentales** repetitivos que la persona se siente obligada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas rígidas. Su objetivo es **reducir la ansiedad o el malestar** o **prevenir algún suceso temido**, aunque la conexión con ese peligro no sea realista o resulten excesivas. La persona no obtiene **placer** al realizarlas, aunque a corto plazo le alivien, y suele intentar resistirse a ellas antes de acabar llevándolas a cabo. El DSM-5 recoge la misma finalidad en el criterio A.

1. También hay compulsiones encubiertas, que son actos mentales como rezar o contar.
2. Es la función que les atribuyen el manual y el criterio A del DSM-5.
3. La conducta no es placentera en sí misma. El placer es propio de los comportamientos que a veces se llaman compulsivos, como el juego o el consumo de sustancias.
4. Suelen ir precedidas de una sensación de urgencia y de un deseo de resistirse a ellas, y el manual no las describe como automáticas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 261-262. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 237-238 y 241-242.

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 114, PIR 2016 · n.º 75, PIR 2017 · n.º 180

47 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes trastornos tiene una prevalencia similar en hombres y mujeres?:

1 Agorafobia.

2 Trastorno de estrés postraumático.

3 Trastorno obsesivo-compulsivo. ✓

4 Depresión.

El TOC tiene una prevalencia parecida en hombres y mujeres adultos

Caballo (2014) afirma que la prevalencia del **TOC** es **similar en hombres y mujeres adultos**, aunque el tipo de síntomas cambia: en ellas predominan la contaminación y el lavado, y en ellos las obsesiones sexuales o religiosas; además, el comienzo es más temprano en los varones. El DSM-5 lo matiza, porque las mujeres se ven afectadas con una tasa **ligeramente más alta** en la edad adulta y los varones lo están más en la **infancia**. Los otros tres trastornos son claramente más frecuentes en las mujeres.

1 Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de experimentar agorafobia (DSM-5, pág. 219).

2 El TEPT es más frecuente entre las mujeres durante toda la vida (DSM-5, pág. 278).

3 Es el trastorno de los cuatro con la distribución por sexo más igualada.

4 En la depresión mayor las tasas de las mujeres son de 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres (DSM-5, pág. 165).

Ojo. La 3.ª edición de Caballo (2024) ya recoge el dato del DSM-5: tasa ligeramente más alta en las mujeres adultas y más afectación de los niños en la infancia, en proporción 3:2 (pág. 269).

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. 9, pág. 253. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 165, 219, 239 y 278.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 190, PIR 2019 · n.º 111, PIR 2019 · n.º 155

48 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes es una característica de las obsesiones/intrusiones típicas del Trastorno obsesivo compulsivo?:

1 Son siempre pensamientos.

2 La persona reconoce que son un producto de su propia mente. ✓

3 La persona no reconoce que son un producto de su propiamente (injertadas en la mente).

4 La persona las considera siempre racionales y con sentido.

La persona con TOC reconoce que sus obsesiones son producto de su mente

Caballo señala dos rasgos que separan las **obsesiones** de otras experiencias patológicas: la persona **reconoce que son un producto de su mente** y no son preocupaciones excesivas por problemas cotidianos. El primero sirve para distinguirlas de la **inserción del pensamiento**, en la que el paciente cree que alguien le ha metido la idea en la cabeza. El DSM-IV lo incluía en la definición de obsesión (criterio A4). Las obsesiones pueden ser pensamientos, imágenes o impulsos, y se viven como **egodistónicas**, invasoras y sin sentido.

1. Pueden ser pensamientos, imágenes o impulsos.
2. Es el rasgo que permite distinguirlas de la inserción del pensamiento.
3. Vivir el pensamiento como metido desde fuera define la inserción del pensamiento, que el DSM-IV contrapone a las obsesiones.
4. Se viven como invasoras, inaceptables o sin sentido, y la persona suele ser consciente de su carácter absurdo.

Ojo. El DSM-5 y el DSM-5-TR ya no recogen el reconocimiento como parte de la definición de obsesión: la inserción de pensamientos aparece en el criterio D como otro trastorno que hay que descartar, y la conciencia de enfermedad pasa al especificador de introspección (TR, págs. 265-266).

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. 261. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 428 y 433.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 180, PIR 2016 · n.º 75

49

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la duración mínima consecutiva de los síntomas en un Episodio de depresión mayor?:

1 Una semana.

2 Dos semanas. ✓

3 Un mes.

4 Seis meses.

El episodio depresivo mayor exige al menos dos semanas de síntomas

El criterio A del trastorno de depresión mayor pide **cinco o más síntomas** presentes durante el **mismo periodo de 2 semanas**, que supongan un cambio respecto al funcionamiento previo. Al menos uno debe ser el **estado de ánimo deprimido** o la **pérdida de interés o de placer**. El DSM-5-TR añade que los síntomas deben persistir casi a diario durante al menos 2 semanas consecutivas, salvo los pensamientos de muerte y la ideación suicida, que han de ser recurrentes.

1. Una semana no basta para un episodio depresivo mayor. Si el cuadro dura entre 4 y 13 días, el manual lo recoge como episodio depresivo de corta duración, dentro de otro trastorno depresivo especificado.
2. Es el criterio A del DSM-5.
3. El criterio A pide 2 semanas, no un mes.
4. El criterio A pide 2 semanas, no seis meses.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, pág. 160; otro trastorno depresivo especificado, pág. 183.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 130, PIR 2017 · n.º 66, PIR 2017 · n.º 178

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria de los episodios y trastornos depresivos melancólicos?:

1. Falta de reactividad ante estímulos generalmente placenteros. ✓
2. Dificultades de concentración debidas a las preocupaciones.
3. Patrón prolongado de sensibilidad o de rechazo interpersonal.
4. Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

La falta de reactividad a lo placentero es un rasgo definitorio de la melancolía

El criterio A del especificador **con características melancólicas** exige, durante el periodo más grave del episodio, **pérdida de placer por todas o casi todas las actividades** o **falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros**: la persona no se siente mucho mejor, ni siquiera un rato, cuando sucede algo bueno. El DSM-5 propone una norma práctica: ni los acontecimientos muy deseados elevan notablemente el ánimo, que no sube nada o solo **hasta un 20-40 % de lo normal** durante unos minutos.

1. Es el criterio A2 del especificador melancólico.
2. Las dificultades de concentración por las preocupaciones son un síntoma del especificador «con ansiedad».
3. El patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal es el criterio B4 del especificador «con características atípicas».
4. Los síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo pertenecen al especificador «con características psicóticas».

Trampa. Los distractores son criterios reales de otros especificadores del mismo capítulo (ansiedad, atípicas, psicóticas). La melancolía se reconoce por la anhedonia profunda y la falta de reactividad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: 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 2016 · n.º 117, PIR 2019 · n.º 130, PIR 2021 · n.º 84

51 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes es una característica de la Distimia o Trastorno depresivo persistente?:

1 Puede implicar la aparición de episodios hipomaniacos.

2 En un estado de depresión subsindrómica tras experimentar una Trastorno depresivo mayor.

3 Sus síntomas tienen una duración mínima de un año.

4 Sus síntomas tienen una duración mínima de dos años. ✓

El trastorno depresivo persistente exige al menos dos años de ánimo deprimido en el adulto

El criterio A del **trastorno depresivo persistente** pide estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, más días que los que está ausente, durante un **mínimo de 2 años**. En **niños y adolescentes** el ánimo puede ser irritable y basta **1 año**. Durante ese periodo la persona nunca ha estado más de 2 meses seguidos sin síntomas (criterio C), y nunca ha habido un episodio **maníaco o hipomaníaco** (criterio E). El trastorno agrupa la distimia y el trastorno de depresión mayor crónico del DSM-IV.

1 Un episodio maníaco o hipomaníaco excluye el diagnóstico (criterio E).

2 Un estado subsindrómico tras un episodio depresivo mayor se registra como trastorno de depresión mayor en remisión parcial; el trastorno depresivo persistente se define por la duración del ánimo deprimido.

3 Un año es la duración mínima solo en niños y adolescentes.

4 Es el criterio A para adultos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno depresivo persistente (distimia), pág. 168; especificadores, pág. 188.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 113, PIR 2017 · n.º 64

52 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

¿En qué se diferencia los Trastornos bipolares I y II?:

1 En la duración de los episodios maniacos.

2 En la cronicidad del trastorno.

3 En la presencia o no de algún episodio depresivo mayor.

4 En la presencia o no de algún episodio maniaco completamente desarrollado. ✓

El trastorno bipolar I se distingue del II por haber tenido al menos un episodio maníaco completo

La frontera entre los dos tipos es la **manía**. Para el **trastorno bipolar I** se necesita **al menos un episodio maníaco** a lo largo de la vida; los episodios hipomaníacos y depresivos son frecuentes, pero no necesarios. El **trastorno bipolar II** exige al menos un **episodio de depresión mayor** y al menos un **episodio hipomaníaco**, y que nunca haya habido un episodio maníaco. Por eso la depresión mayor no los separa, ya que puede darse en los dos. El DSM-5-TR insiste en que el bipolar II no es una forma leve del I, porque es más crónico y con más tiempo en depresión.

1 La duración de los episodios maníacos no puede diferenciarlos, porque en el bipolar II no hay episodios maníacos.

2 La cronicidad no es el criterio que los separa, y el DSM-5-TR describe además más cronicidad en el bipolar II.

3 La depresión mayor es obligatoria en el bipolar II y frecuente en el bipolar I, así que no los distingue.

4 Es la diferencia que marcan los criterios.

QUÉ EPISODIOS EXIGE CADA TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno	Requisito
Trastorno bipolar I	Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II	Requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco (pero no antecedentes de manía)
Trastorno ciclotímico	Al menos dos años (en niños, un año entero) de períodos tanto hipomaníacos como depresivos sin llegar a cumplir nunca los criterios del episodio de manía, hipomanía o depresión mayor

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, introducción del capítulo y criterios del episodio maníaco, págs. 139-140

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar y trastornos relacionados, págs. 123-124; trastorno bipolar II, pág. 134.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 122, PIR 2025 · n.º 132, PIR 2021 · n.º 202

53

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

En un episodio depresivo grave ¿cuál de los siguientes síntomas NO corresponde a las llamadas "características melancólicas"?:

1. Perdida de placer para la mayoría de las actividades.
2. Despertar precoz (al menos dos horas antes de lo habitual).
3. Importante retraso psicomotor.
4. El ánimo es peor por la tarde. ✓

En la melancolía el ánimo empeora por la mañana

El criterio B del especificador **con características melancólicas** pide tres o más rasgos, entre ellos una **depresión que acostumbra a ser peor por la mañana** y el **despertar pronto**, al menos 2 horas antes de lo habitual (tabla). El ánimo peor por la tarde no figura en la lista. La pérdida de placer por casi todas las actividades también es melancólica, aunque pertenece al **criterio A**, y el DSM-5 añade que en estos casos los **cambios psicomotores** casi siempre existen y son observables por otras personas.

1. Es el criterio A1 del especificador melancólico.
2. Es el criterio B3.
3. La notable agitación o retraso psicomotor es el criterio B4.
4. Es la que no corresponde, porque en la melancolía la depresión acostumbra a ser peor por la mañana.

CRITERIO B DEL ESPECIFICADOR «CON CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS» (TRES O MÁS)

Nº	Característica
1	Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío
2	Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana
3	Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos 2 horas antes de lo habitual)
4	Notable agitación o retraso psicomotor
5	Anorexia o pérdida de peso importante
6	Culpa excesiva o inapropiada

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, especificadores para trastornos depresivos, pág. 211

Para fijarlo. Melancolía, mañana y madrugada: peor al levantarse y despierto dos horas antes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, pág. 185.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 117, PIR 2021 · n.º 84

54

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

Según la Guía de práctica clínica de Trastornos de la conducta alimentaria del Ministerio de Sanidad, en cuanto al tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La mayor parte de las veces no es posible realizarlo en forma ambulatoria.
2. La duración del tratamiento debe ser al menos de 6 meses cuando se realiza de manera ambulatoria. ✓
3. En ningún caso deberían considerarse las terapias de orientación psicodinámica en el tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa.
4. En personas con anorexia hospitalizada es muy conveniente utilizar programas de modificación de conducta extremadamente rígidos.

La guía del Ministerio pide al menos 6 meses de tratamiento psicológico ambulatorio en la anorexia

La **Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria** (2009) adopta varias recomendaciones de la guía NICE para la anorexia nerviosa, que Raich reproduce en su tabla 5.1. La mayor parte de los tratamientos psicológicos pueden hacerse de forma **ambulatoria**, con exploración física de control. La **duración** del tratamiento psicológico debe ser **al menos de 6 meses** si es ambulatorio y de **12 meses** en pacientes que han estado hospitalizados. En personas hospitalizadas **no es conveniente** usar programas de modificación de conducta excesivamente rígidos. Fonseca, Base del tema, coincide en que la modalidad recomendada en la mayoría de los casos es la ambulatoria.

1. La guía dice lo contrario: la mayor parte de los tratamientos psicológicos en la anorexia pueden realizarse de forma ambulatoria.
2. Es la recomendación de la guía: al menos 6 meses si el tratamiento es ambulatorio y 12 si ha habido hospitalización completa.
3. Entre las terapias que también se han descrito como eficaces en la anorexia figura la terapia psicodinámica, junto a la interpersonal y la conductual.
4. La guía desaconseja los programas de modificación de conducta excesivamente rígidos en personas hospitalizadas.

Ojo. La guía del Ministerio no está en el corpus del Atlas. Sus recomendaciones para la anorexia se han comprobado en la reproducción de Raich (2011, cap. 5, tabla 5.1), que está en el corpus como obra complementaria y no es fuente de ningún tema; el comentario de partida cita la pág. 141 de la guía.

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. 141 (no está en el corpus). Raich, R. M. (2011). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Pirámide. Cap. 5, tabla 5.1 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488 y 495.

EN EL ATLAS

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

55 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

En cuanto al tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa con Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS):

1. Cuando se usa Fluoxetina, las dosis habituales son las mismas que en el caso de los episodios depresivos (20 mg/día).
2. Actualmente, el fármaco de primera elección es el Citalopram.
3. Hay considerable evidencia sobre el efecto del tratamiento con Fluoxetina (60 mg/día) a corto plazo. ✓
4. No deben tomarse si se inicia tratamiento psicológico.

La fluoxetina a 60 mg/día tiene apoyo a corto plazo en la bulimia nerviosa

La **Guía de práctica clínica** de 2009 afirma que hay considerable evidencia del efecto de la **fluoxetina (60 mg/día)** a corto plazo en la bulimia nerviosa, sin datos sobre su eficacia a largo plazo ni sobre la duración óptima. En el corpus, Vallejo y Vallejo-Slocker recogen que la dosis de fluoxetina considerada terapéutica para reducir los síntomas bulímicos (**60 mg/día**) es superior a la del tratamiento de la depresión (**20 mg/día**), lo que sugiere mecanismos de acción diferentes. Fonseca, Base del tema, señala que los fármacos más recomendados son los antidepresivos, especialmente los **ISRS** y en particular la **fluoxetina**.

1. La dosis antibulímica de fluoxetina (60 mg/día) es superior a la antidepresiva (20 mg/día).
2. Entre los ISRS, el fármaco que Fonseca destaca para la bulimia es la fluoxetina, y el citalopram no figura como primera elección.
3. Es la afirmación de la guía: considerable evidencia del efecto de la fluoxetina a 60 mg/día a corto plazo.
4. Los antidepresivos pueden combinarse con la psicoterapia en la bulimia, según Papalia, Wendkos Olds y Feldman.

Ojo. La guía del Ministerio no está en el corpus, y la frase de la clave se ha tomado del comentario de partida (guía, pág. 149). Fonseca (2021, pág. 490) matiza que la terapia farmacológica de la bulimia no tiene un gran soporte experimental (Whittal, Agras y Gould, 2000), aunque recomienda la fluoxetina entre los fármacos.

Trampa. La opción 1 aplica a la bulimia la dosis de la depresión.

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. 149 (no está en el corpus). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5, pág. 340. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 490. 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. 15, pág. 477.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 4

La presencia de un miedo intenso a ganar peso, realización de una dieta muy restrictiva y ejercicio físico excesivo en una chica de 19 años con un Índice de masa corporal (IMC) de 15,5 sugiere :

1 Anorexia nerviosa tipo mixto.

2 Anorexia nerviosa atípica.

3 Bulimia nerviosa de inicio precoz.

4 Anorexia nerviosa tipo restrictivo. ✓

Sin atracones ni purgas en los últimos tres meses, la anorexia es del tipo restrictivo

La joven reúne los rasgos básicos de la **anorexia nerviosa** del DSM-5: restricción de la ingesta con peso significativamente bajo (un IMC de 15,5 corresponde a la gravedad **grave**) y miedo intenso a ganar peso. Para el subtipo cuenta cómo pierde peso. El **tipo restrictivo** describe presentaciones en las que la pérdida de peso se debe sobre todo a la dieta, el ayuno o el **ejercicio excesivo**, sin episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos tres meses. El caso no menciona atracones ni purgas, así que encaja en este tipo.

1. El DSM-5 no tiene un tipo mixto. El otro subtipo es el de atracones/purgas, que exige episodios recurrentes de atracones o purgas que el caso no describe.
2. La anorexia nerviosa atípica se reserva para quien cumple los criterios pero mantiene un peso dentro o por encima del intervalo normal. Con un IMC de 15,5 el peso es significativamente bajo.
3. La bulimia nerviosa exige atracones y conductas compensatorias recurrentes, y no se diagnostica si la alteración solo aparece durante episodios de anorexia.
4. Dieta, ayuno o ejercicio excesivo sin atracones ni purgas definen el tipo restrictivo.

GRAVEDAD DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADULTOS SEGÚN EL IMC ACTUAL

Gravedad	IMC
Leve	IMC ≥ 17 kg/m2
Moderado	IMC de 16-16,99 kg/m2
Grave	IMC de 15-15,99 kg/m2
Extremo	IMC < 15 kg/m2

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, anorexia nerviosa, especificador de gravedad, pág. 381 (iguales cortes en el DSM-5, pág. 339)

Para fijarlo. En la anorexia la gravedad se mide por el IMC; en la bulimia y en el trastorno de atracones, por la frecuencia semanal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, págs. 338-339; bulimia nerviosa, pág. 345; otro trastorno de la conducta alimentaria especificado, pág. 353.

EN EL ATLAS Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 105, PIR 2023 · n.º 121

57 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A3 · Clasificación y diagnóstico

Respuesta correcta: 2

Los sistemas de clasificación de la conducta anormal (p.ej., los utilizados en el DSM) constituyen:

1 Escalas de razón

2 Sistemas de clasificación nominal ✓

3 Sistemas de intervalo

4 Escalas ordinales.

Los sistemas de clasificación como el DSM funcionan como escalas nominales

En la tabla de escalas de medida de Vallejo Ruiloba, la escala **nominal** consiste en clasificar los objetos en diferentes **categorías**; el símbolo o número asignado solo indica la clase o grupo al que pertenecen, y el ejemplo característico es el **diagnóstico psiquiátrico**. Solo admite frecuencias y proporciones. Suárez Falcón y colaboradores lo explican con la clasificación de Stevens: en la escala nominal solo se distingue la igualdad o desigualdad entre valores; la ordinal añade el orden, la de intervalo una unidad, y la de razón permite comparar mediante cocientes. Belloch, Sandín y Ramos describen el DSM y la CIE como **sistemas categoriales**, que agrupan los trastornos en tipos o categorías.

1 La escala de razón permite comparar dos medidas mediante un cociente, algo que no tiene sentido con categorías diagnósticas.

2 Es la escala nominal, cuyo ejemplo característico es el diagnóstico psiquiátrico.

3 En la escala de intervalo hay una unidad constante y tienen sentido las diferencias, como en el cociente intelectual.

4 La escala ordinal ordena a los sujetos según la magnitud del atributo, como la gravedad de la ansiedad en grados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 5, tabla 5-3 (edición digital sin paginar). Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). UNED. Cap. 1. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 3, págs. 71-72.

EN EL ATLAS

Tema A3 · Clasificación y diagnóstico. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta respecto de los Trastornos de la conducta alimentaria? :

1. Un peso corporal por debajo de lo normal es criterio diagnóstico de bulimia nerviosa.
2. Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en la anorexia nerviosa el Índice de masa corporal (IMC) debe ser inferior a 17,5. ✓
3. La amenorrea secundaria en la anorexia nerviosa aparece siempre tras una importante pérdida de peso.
4. El llamado signo de Russell (callosidades o heridas en el dorso de la mano o los dedos) sólo es observable en la bulimia nerviosa.

La CIE-10 fija para la anorexia nerviosa un IMC inferior a 17,5

La clave procede de la **CIE-10**, que sí da una cifra como criterio de la **anorexia nerviosa**: una pérdida significativa de peso con un **IMC de menos de 17,5**. El DSM-IV ya la citaba como la guía más estricta de los criterios de investigación de la CIE-10. El DSM-5, en cambio, no fija una cifra para el criterio A; habla de un peso significativamente bajo y usa el IMC para graduar la **gravedad**. Los distractores se resuelven con el texto del DSM-5.

1. El peso bajo es un criterio de la anorexia. La bulimia suele darse con peso normal o sobrepeso, y el DSM la distingue de la anorexia con atracones/purgas porque mantiene un peso igual o mayor que el límite inferior normal.
2. Es el criterio a de la CIE-10, con un IMC de menos de 17,5.
3. El DSM-5 dice que la amenorrea es generalmente consecuencia de la pérdida de peso, pero que en una minoría de casos puede precederla. El «siempre» la hace falsa.
4. Las cicatrices o callos en el dorso de la mano por el contacto con los dientes al provocarse el vómito aparecen también en las personas con anorexia nerviosa que se autoprovocan el vómito.

Ojo. La CIE-11 abandona el 17,5: toma como umbral comúnmente utilizado un IMC inferior a 18,5 en adultos y el percentil 5 en niños y adolescentes (6B80), las mismas referencias que cita el DSM-5.

Trampa. Los absolutos («siempre», «solo») delatan las opciones 3 y 4, porque el DSM matiza ambos datos.

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. 21, pág. 609. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Anorexia nerviosa, pág. 554. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, págs. 340 y 343-344; bulimia nerviosa, pág. 347. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6B80.

EN EL ATLAS Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 126, PIR 2022 · n.º 62

59 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de estas afirmaciones es cierta respecto de las características clínicas de la esquizofrenia?:

1 Los síntomas negativos son síntomas que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales.

2 Los síntomas positivos serían aquellos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.

3 Los síntomas positivos son síntomas que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales. ✓

4 En la esquizofrenia paranoide predominan los síntomas negativos.

Los síntomas positivos de la esquizofrenia son un exceso o una alteración de las funciones normales

Caballo, Salazar y Carrobles recuerdan que la distinción entre **síndromes positivo y negativo** (Crow, 1980; Strauss, 1973) separa dos categorías de síntomas centrales en la esquizofrenia. Los **síntomas positivos** representan un **exceso o alteración de las funciones normales**, y los **síntomas negativos** implican una **reducción o pérdida** de estas funciones. Las alucinaciones y los delirios son ejemplos de síntomas positivos, y el aplanamiento afectivo, la alogia o la abulia, de síntomas negativos. Belloch, Sandín y Ramos sitúan el origen de la distinción en Hughlings Jackson, para quien los negativos reflejaban la pérdida de una función cerebral.

1 Los síntomas negativos implican una reducción o pérdida de las funciones normales; la opción describe los positivos.

2 Los síntomas positivos representan un exceso o alteración; la reducción o pérdida define a los negativos.

3 Es la definición de los síntomas positivos.

4 La esquizofrenia de tipo paranoide se caracteriza por síntomas psicóticos persistentes como alucinaciones y delirios, que son síntomas positivos.

Trampa. Las opciones 1 y 2 intercambian las definiciones de positivos y negativos.

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. 14, págs. 436-437. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 346. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Pág. 436.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

60 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento Anulada

Anulada

En la asíndesis:

1. El paciente ofrece una respuesta indirecta y le cuesta alcanzar la idea final.
2. El paciente va pasando de una frase a otra o de un tema a otro sin alcanzar contenidos.
3. El paciente deja de hablar en medio de su discurso y cambia de tema en función de algún estímulo externo.
4. El paciente crea una palabra nueva a la que dota de significado.

La asíndesis recibe definiciones distintas según el manual, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. La 2.ª edición de Caballo, Salazar y Carrobles (2014) identifica el **habla distraíble** con la **asíndesis**: el paciente deja de hablar en medio de su discurso y cambia de tema en función de algún estímulo externo, que es la opción 3. Belloch, Sandín y Ramos (2008) recogen otra definición, la de **Cameron (1944)**, para quien la asíndesis, o falta de conexiones adecuadas entre pensamientos sucesivos, era la característica básica de la esquizofrenia, más próxima a la opción 2. La 3.ª edición de Belloch y colaboradores describe el habla distraída sin llamarla asíndesis.

1. Esta descripción corresponde a la circunstancialidad: el discurso fluye de manera indirecta y tarda mucho en alcanzar la meta.
2. Pasar de una frase o tema a otro sin enlazarlos se acerca al descarrilamiento y a la asíndesis de Cameron, la falta de conexiones adecuadas entre pensamientos sucesivos.
3. Es la definición de habla distraíble que Caballo y colaboradores (2014) identifican con la asíndesis.
4. Crear una palabra nueva y dotarla de significado define el neologismo.

Ojo. El comentario de partida recoge que hubo impugnaciones porque la asíndesis es también el concepto de Cameron. La edición de Caballo de 2024, vigente en el Atlas, no usa el término asíndesis.

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. Pág. 403. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Pág. 206. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 235-236.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

61 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

¿En qué consiste la irradiación del pensamiento?:

1 El paciente cree que hay pensamientos que no son suyos y que han sido introducidos en su mente.

2 El paciente cree que le han quitado pensamientos de su mente y se siente vacío.

3 El paciente tiene la creencia de que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlos de forma audible.

4 El paciente cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos. ✓

En la irradiación del pensamiento el paciente cree que los demás pueden leer o conocer sus pensamientos

Belloch, Sandín y Ramos agrupan entre los **delirios de control o de pasividad** varias formas referidas al pensamiento. En la **lectura o irradiación del pensamiento** el paciente cree que la gente puede **leer su mente o conocer sus pensamientos**, pero no piensa que estos sean audibles. Eso los separa del eco del pensamiento, una alucinación, y de la **difusión del pensamiento**, en la que sí se perciben en voz alta. En la **inserción o alienación del pensamiento** la persona cree tener pensamientos que no son suyos y que una fuerza externa le ha introducido, y en el **robo del pensamiento** cree que se los han quitado.

1 Creer que hay pensamientos ajenos introducidos en la propia mente es la inserción o alienación del pensamiento.

2 Creer que le han quitado los pensamientos es el robo del pensamiento.

3 Creer que el pensamiento se difunde y puede oírse corresponde a la difusión o transmisión del pensamiento.

4 Es la lectura o irradiación del pensamiento: la gente puede leer su mente o conocer sus pensamientos.

Trampa. La opción 3 añade que los pensamientos se oyen, el rasgo que separa la difusión de la irradiación.

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

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

62 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la alteración del lenguaje consistente en la construcción de frases sin ningún lazo de unión y que hace que el discurso sea incomprensible?:

1 Circunstancialidad.

2 Esquizoafasia. ✓

3 Taquilalia.

4 Ilogicidad.

La esquizoafasia o incoherencia une palabras y frases sin conexión hasta hacer el discurso incomprensible

En la clasificación de Andreasen que recoge Belloch, la **incoherencia** (ensalada de palabras, esquizofasia, paragramatismos) caracteriza a un discurso que, en determinados momentos, se vuelve **ininteligible** porque las palabras o las frases se unen **sin una conexión lógica o significativa**. La figura 8.1 la nombra «incoherencia, esquizoafasia» y la marca como trastorno positivo y de pensamiento desorganizado. Las otras opciones son alteraciones distintas. La **circunstancialidad** se pierde en detalles innecesarios pero alcanza la meta; la **presión del habla** aumenta la cantidad y la velocidad del habla (taquilalia); y la **ilogicidad** llega a conclusiones que no se corresponden con las premisas.

1 En la circunstancialidad el discurso se pierde en detalles innecesarios y tarda en llegar a la meta, pero llega.

2 Es la esquizoafasia o incoherencia, también llamada ensalada de palabras.

3 La taquilalia es el aumento de la velocidad del habla que forma parte de la presión del habla, junto con el aumento de su cantidad.

4 En la ilogicidad las conclusiones no se corresponden con las ideas o premisas de las que se partía.

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 y págs. 234-236.

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

63 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Los síntomas motores o comportamiento catatónico (o desorganizado), se consideran:

1 Síntomas positivos de la esquizofrenia. ✓

2 Síntomas negativos de la esquizofrenia.

3 Síntomas delirantes de la esquizofrenia.

4 Síntomas indiferenciados de la esquizofrenia.

El comportamiento catatónico o desorganizado se ha clasificado entre los síntomas positivos de la esquizofrenia

La 2.ª edición de Caballo, Salazar y Carrobles (2014) definía los **síntomas positivos** como los que se encuentran en **exceso** o expresan una **exageración de las funciones normales**, e incluía entre los principales las ideas delirantes, las alucinaciones y los **síntomas motores o comportamiento catatónico**. Belloch, Sandín y Ramos explican que, desde la tipología de **Strauss y Carpenter**, la **dimensión desorganizada** junto con la dimensión psicótica constituyen los llamados síntomas positivos. Las otras opciones no son categorías del modelo: los síntomas delirantes forman parte de los positivos, e indiferenciada era el nombre de un subtipo de esquizofrenia.

1 Es su clasificación clásica, dentro de los síntomas positivos o por exceso.

2 Los síntomas negativos implican una reducción o pérdida de funciones, como el aplanamiento afectivo, la alogia o la abulia.

3 Los síntomas delirantes no son una categoría propia; las ideas delirantes son uno de los síntomas positivos.

4 Indiferenciada era el nombre de uno de los subtipos de esquizofrenia, que la CIE-11 ha eliminado.

Ojo. La 3.ª edición de Caballo (2024), vigente en el Atlas, sigue el modelo de cinco dimensiones: la dimensión positiva se limita a alucinaciones y delirios (pág. 437), y la catatonía es un ejemplo de comportamiento desorganizado dentro de la dimensión de desorganización (pág. 440). Con esa edición la opción 1 solo se sostiene si la desorganización se cuenta entre los síntomas positivos, como hacen Belloch y colaboradores (2020, pág. 348) siguiendo a Strauss y Carpenter.

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. Págs. 400-401. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 348. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, págs. 436-437 y 440.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

64 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

La Depresión doble es aquella en la que se presentan conjuntamente cuadros clínicos de:

1 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

2 Trastorno depresivo mayor y ciclotimia.

3 Trastorno distímico y trastorno depresivo menor.

4 Trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. ✓

La depresión doble une un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico

En la clínica se llamaba **depresión doble** a los casos en que un episodio depresivo mayor se superpone a un **trastorno distímico**. El DSM-IV lo describía así y diagnosticaba ambos trastornos. El DSM-5 integra la distimia y la depresión mayor crónica en el **trastorno depresivo persistente**, y la presencia de episodios depresivos mayores se registra con especificadores de curso, como **«con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual»** (tabla). El término «depresión doble» no aparece en el DSM-5.

1. El trastorno mixto de ansiedad y depresión es otra entidad, sin relación con la depresión doble.
2. Un trastorno ciclotímico impide el diagnóstico de trastorno depresivo persistente, y exige no haber cumplido nunca los criterios de episodio depresivo mayor.
3. La depresión doble se refiere a un episodio depresivo mayor superpuesto a la distimia, no a una depresión menor.
4. Es el uso clínico del término.

ESPECIFICADORES DEL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE SEGÚN LOS EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR

Especificador	Definición
Con síndrome distímico puro	No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los 2 años anteriores
Con episodio de depresión mayor persistente	Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los 2 años anteriores
Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual	Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo
Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual	Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los 2 años anteriores

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno depresivo persistente, criterios diagnósticos, págs. 193-194

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno depresivo persistente (distimia), págs. 168-171. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, trastorno distímico, pág. 353.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 113, PIR 2023 · n.º 79, PIR 2017 · n.º 51

65 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

La Depresión anaclítica se refiere a un tipo de depresión caracterizada por:

1. La excesiva dependencia de los demás. ✓
2. Un excesivo nivel de autocrítica.
3. Antecedentes de sobreprotección durante la infancia.
4. La imposibilidad de concentrarse en algo.

La depresión anaclítica se caracteriza por una excesiva dependencia de los demás

Desde el psicoanálisis y la teoría del apego, Blatt, Bowlby y Arieti y Bemporad postularon al menos dos tipos de depresión. Belloch, Sandín y Ramos (2008) describen la **depresión anaclítica** (dominada por el otro o dependiente): la persona está preocupada por las **relaciones interpersonales**, muestra una **excesiva dependencia** de ellas y presenta sentimientos de soledad, indefensión, abandono y pérdida. La **depresión introyectiva** (dominada por las metas o autocrítica) gira en torno al logro, la autodefinición y la autovalía. Caballo, Salazar y Carrobles resumen la misma distinción, con un **excesivo nivel de autocrítica** y objetivos de logro difíciles en la introyectiva.

1. Es la depresión anaclítica, dominada por el otro o dependiente.
2. El exceso de autocrítica caracteriza a la depresión introyectiva, el otro tipo de la distinción.
3. Los manuales definen la depresión anaclítica por la excesiva dependencia de los demás; los antecedentes de sobreprotección no forman parte de esa definición.
4. La dificultad para concentrarse es un síntoma general de la depresión que no distingue el tipo anaclítico.

> **Para fijarlo.** Anaclítica viene de «apoyarse en»: la persona se sostiene en los otros; la introyectiva se juzga a sí misma.

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. 274 y 295. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, pág. 392.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Caballo (Consulta).

66 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes síntomas NO constituye un posible criterio de diagnóstico en el DSM (IV-TR o 5) al Trastorno de depresión mayor?:

1 Aumento significativo del peso.

2 Disminución persistente de la capacidad de tomar decisiones.

3 Miedo persistente a la muerte. ✓

4 Insomnio.

El miedo a la muerte no es un síntoma del episodio depresivo mayor

El criterio A del episodio depresivo mayor tiene **nueve síntomas**. El noveno son los **pensamientos de muerte recurrentes**, las ideas suicidas, el plan o el intento de suicidio, y el propio criterio aclara entre paréntesis que no basta el **miedo a morir**; el DSM-IV decía «no sólo temor a la muerte». Los otros tres síntomas de la pregunta sí están en la lista: el **aumento de peso** (A3), la dificultad para **tomar decisiones** (A8) y el insomnio (A4).

1 Está en el criterio A3: pérdida o aumento importante de peso o del apetito.

2 Está en el criterio A8: disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

3 Es el que no figura, porque el criterio A9 pide pensamientos de muerte recurrentes y aclara que no basta el miedo a morir.

4 Está en el criterio A4: insomnio o hipersomnia casi todos los días.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, págs. 160-161. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, criterios para el episodio depresivo mayor, pág. 333.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 49, PIR 2018 · n.º 130

67 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

Los estudios sobre el sueño en los sujetos que se quejan de insomnio muestran:

1 Que la mayoría sobreestima la cantidad de tiempo que duerme realmente.

2 Que la mayoría subestima la cantidad de tiempo que duerme realmente. ✓

3 Que la mayoría estima con exactitud la cantidad de tiempo que duerme realmente.

4 Que la mayoría estima con exactitud la cantidad de tiempo que duerme únicamente durante la siesta.

Quien sufre insomnio suele subestimar lo que duerme

La polisomnografía del insomnio muestra alteraciones de la **continuidad del sueño**: más latencia y más vigilia tras el inicio del sueño, y menos eficiencia. Pero su gravedad no siempre va pareja con la queja, porque los sujetos con insomnio **a menudo subestiman la duración del sueño** o sobrestiman los despertares en comparación con la polisomnografía. El DSM-5-TR añade que refieren latencias más largas, más tiempo despiertos y **menos sueño total** de lo que muestran los datos objetivos, y que la discrepancia podría deberse a una hiperactivación autonómica o cortical.

1 Es la dirección contraria a la que describe el manual.

2 Es literal del DSM-5.

3 El DSM-5 subraya la discrepancia entre la queja subjetiva y los datos objetivos.

4 El manual no hace ninguna excepción con las siestas; además, los sujetos con insomnio no suelen mostrar más sueño diurno en las pruebas de laboratorio.

Para fijarlo. El insomne duerme más de lo que cree: el reloj del laboratorio le da más horas que su memoria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de insomnio, pág. 366.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 97

68 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de las siguientes características es propia del mutismo selectivo:

1 Fracaso constante para hablar en cualquier situación.

2 Se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

3 El fracaso para hablar se puede atribuir a la falta de conocimiento del lenguaje.

4 Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p.ej., la escuela) a pesar de hacerlo en otras ocasiones. ✓

El mutismo selectivo es no hablar en situaciones sociales concretas pese a hacerlo en otras

El **criterio A** del **mutismo selectivo** en el DSM-5 es el «fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas» en las que existe expectativa de hablar, como la escuela, **a pesar de hacerlo en otras situaciones**. Los demás criterios exigen interferencia en los logros educativos o laborales o en la comunicación social (B), una duración mínima de un mes (C), que el fracaso no se deba a la **falta de conocimiento** del lenguaje (D) y que no se explique mejor por un trastorno de la comunicación ni ocurra exclusivamente durante un **trastorno del espectro autista**, una esquizofrenia u otro trastorno psicótico (E).

1 El mutismo es selectivo. Si el niño no habla en ninguna situación, no se cumple el criterio A, que exige que hable en otras.

2 Invierte el criterio E, según el cual la alteración no se produce exclusivamente durante el curso de esos trastornos.

3 Invierte el criterio D, que excluye los casos atribuibles a la falta de conocimiento del lenguaje.

4 Reproduce el criterio A del DSM-5.

Trampa. Las opciones 2 y 3 copian los criterios D y E del manual pero les quitan la negación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Mutismo selectivo, pág. 195.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 149, PIR 2016 · n.º 193

69 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

¿En qué estadio del sueño suelen ocurrir los terrores nocturnos?:

1 Estadio 1.

2 Estadio 2.

3 Estadio REM.

4 Estadio 4. ✓

Los terrores nocturnos aparecen en el sueño de ondas lentas

El DSM-5, en el diferencial del trastorno de pesadillas, sitúa los terrores nocturnos en el **primer tercio de la noche**, durante los **estadios 3 o 4 del sueño no REM**, el sueño de ondas lentas. Las pesadillas, en cambio, ocurren al final de la noche y durante el **sueño REM**. El DSM-5-TR repite la idea con la nomenclatura actual: los trastornos del despertar aparecen sobre todo en el sueño NREM profundo, la **fase N3**.

1. El estadio 1 es la transición de la vigilia al sueño.
2. El estadio 2 es sueño NREM ligero; en él pueden aparecer las pesadillas postraumáticas, no los terrores.
3. El sueño REM es el de las pesadillas.
4. Es el sueño de ondas lentas, donde el DSM-5 sitúa los terrores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM y trastorno de pesadillas, págs. 402 y 406.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 157, PIR 2016 · n.º 93, PIR 2023 · n.º 145

70

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

Dentro de la “tétrada narcoléptica” se encuentra el síntoma de la cataplexia, que consiste en:

1. Una necesidad irresistible de dormir en cualquier momento.
2. Una repentina disminución o pérdida del tono muscular, permaneciendo el paciente totalmente consciente. ✓
3. La incapacidad de moverse justo antes del establecimiento del sueño o al despertar por la mañana.
4. Experimentar alucinaciones visuales o auditivas.

La cataplejía es una pérdida súbita del tono muscular con la conciencia conservada

Belloch, Sandín y Ramos definen la **cataplejía** como la **pérdida súbita y reversible del tono muscular** durante la vigilia, **sin alteración de la conciencia**. Suele desencadenarse por **emociones intensas** como la risa, el llanto o la ira y afecta a ciertos músculos voluntarios. Acompaña con frecuencia a la **narcolepsia**, un trastorno caracterizado por una somnolencia diurna grave e irresistible, y el DSM-5 la incluye como especificador de ese trastorno. En el capítulo de los trastornos del sueño la describen como un síntoma de la narcolepsia que consiste en una disminución repentina del tono muscular, que suele ser promovida por una emoción fuerte.

1. La necesidad irresistible de dormir es la somnolencia diurna de la narcolepsia, otro de sus síntomas.
2. Es la cataplejía, pérdida súbita del tono muscular con la conciencia conservada.
3. La incapacidad de moverse al iniciar el sueño o al despertar es la parálisis del sueño.
4. Las alucinaciones al inicio del sueño son las alucinaciones hipnagógicas, otro de los síntomas de la narcolepsia.

Trampa. Las cuatro opciones son síntomas de la narcolepsia; solo una es la cataplejía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 322-323; cap. 17, págs. 546 y 551.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

71 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

¿En qué estadio del sueño suelen ocurrir las pesadillas?:

1 Estadio 1.

2 Estadio 2.

3 Estadio REM del sueño. ✓

4 Estadio 4.

Las pesadillas aparecen casi exclusivamente en el sueño REM

Las pesadillas son secuencias de imágenes oníricas prolongadas, elaboradas y narrativas que provocan miedo u otras emociones disfóricas. Según el DSM-5, **aparecen casi exclusivamente durante el sueño REM**, y por eso son más probables en la **segunda mitad** del periodo principal de sueño, cuando la ensoñación es más larga e intensa. Como en el REM hay **pérdida del tono muscular**, los movimientos y las vocalizaciones no son característicos. Solo las pesadillas que siguen a un trauma pueden aparecer también en el sueño NREM ligero.

1. El estadio 1 es la transición de la vigilia al sueño.
2. En el estadio 2 (hoy N2) solo pueden aparecer las pesadillas postraumáticas.
3. Es el sueño REM.
4. El estadio 4 (hoy N3) es sueño de ondas lentas, propio de los terrores nocturnos y del sonambulismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de pesadillas, págs. 405-406.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 93

72 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

¿Cuál suele ser el síntoma más llamativo en el cuadro clínico de la apnea del sueño?:

1 El dolor crónico.

2 La excesiva somnolencia diurna. ✓

3 La parálisis del sueño.

4 Las alucinaciones hipnagógicas.

La excesiva somnolencia diurna domina el cuadro de la apnea del sueño

Belloch divide el cuadro clínico de la apnea en síntomas diurnos y nocturnos. Entre los diurnos, **el más llamativo es la excesiva somnolencia diurna**, hasta el punto de que algunos pacientes no logran mantenerse despiertos ni en situaciones activantes; el síntoma nocturno más relevante es el **ronquido**. El DSM-IV coincide: la somnolencia excesiva es el **motivo de consulta más frecuente** en los trastornos del sueño relacionados con la respiración. El DSM-5-TR la sitúa, con el ronquido, entre los **síntomas cardinales** de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

1 El dolor crónico no forma parte del cuadro. Los dolores de cabeza matinales sí aparecen, pero el DSM-5-TR los cita entre los síntomas frecuentes e inespecíficos.

2 Es el síntoma diurno más llamativo para Belloch y el motivo de consulta más frecuente para el DSM-IV.

3 La parálisis del sueño es propia de la narcolepsia. El DSM-5-TR distingue la apnea de la narcolepsia por la ausencia de cataplejía, alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño.

4 Las alucinaciones hipnagógicas también son de la narcolepsia, no de la apnea.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, trastorno del sueño relacionado con la respiración, pág. 582. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 299.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 234, PIR 2018 · n.º 98

73 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 3

El término disforia de género se refiere:

1 A los impulsos sexuales intensos y recurrentes, y a fantasías o comportamientos que implican objetos poco habituales.

2 A una alteración del deseo sexual por cambios psicofisiológicos en el ciclo de respuesta sexual.

3 Al malestar que puede acompañar la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género asignado. ✓

4 A la atracción erótica hacia los hombres, las mujeres o ambos.

La disforia de género es el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado y el asignado

El DSM-5 define la **disforia de género** como el **malestar** que puede acompañar a la **incongruencia** entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el **género asignado**. Aclara que no todas las personas presentan malestar por esa incongruencia y que el término es más descriptivo que el anterior **trastorno de identidad de género** del DSM-IV, porque se centra en la disforia como problema clínico y no en la identidad en sí. El DSM-5-TR conserva la definición y añade que no se refiere al malestar relacionado con el estigma.

1 Los impulsos sexuales intensos y recurrentes, las fantasías o los comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales caracterizan las parafilias.

2 La alteración del deseo sexual y los cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual definían las disfunciones sexuales en el DSM-IV.

3 Es la definición del DSM-5.

4 La atracción erótica hacia hombres, mujeres o ambos es la orientación sexual; el DSM-5 llegó a retirar los subtipos de disforia de género basados en ella por no considerarlos clínicamente útiles.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, pág. 451; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 814. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales y de la identidad sexual, pág. 505.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 178, PIR 2020 · n.º 82, PIR 2020 · n.º 93, PIR 2021 · n.º 110, PIR 2021 · n.º 124

74

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 3

La dispareunia es un trastorno:

1. Que afecta únicamente a mujeres.
2. Que afecta únicamente a hombres.
3. Que afecta tanto a hombres como a mujeres. ✓
4. Del sueño.

La dispareunia del DSM-IV podía afectar tanto a hombres como a mujeres

En el DSM-IV la **dispareunia** era el dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, **tanto en varones como en mujeres** (criterio A). Belloch añade que suele considerarse un trastorno típico de la mujer, pero que también puede producirse en el hombre, en quien su incidencia es muy escasa y suele consistir en **dolor en la eyaculación**. El trastorno exclusivamente femenino del grupo de dolor era el **vaginismo**. La dispareunia femenina es la más frecuente, y afecta a un **12 %** de las mujeres adultas.

1. El trastorno sexual por dolor exclusivo de la mujer era el vaginismo; la dispareunia también podía darse en varones.
2. La dispareunia es más frecuente en la mujer, así que no puede ser exclusiva del hombre.
3. Es lo que decía el criterio A del DSM-IV.
4. La dispareunia es un trastorno sexual por dolor y nada tiene que ver con el sueño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales, dispareunia, pág. 526.
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 325.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 84, PIR 2018 · n.º 107

75 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Respecto del Trastorno de personalidad por evitación (TPE), los principales sistemas diagnósticos coinciden en señalar como característico de este problema, lo siguiente:

1. Los sujetos con TPE evitan actividades que impliquen contacto interpersonal por miedo a las críticas, al rechazo o la desaprobación. ✓
2. Las respuestas de inhibición social del sujeto con TPE no se asocian a hipersensibilidad a la evaluación negativa y a sentimientos de inferioridad.
3. Los sujetos evitan la implicación con otras personas, aunque estén seguros de que van a agradar o a ser apreciados.
4. Debe descartarse que la inhibición ante nuevas relaciones esté causada por una absoluta indiferencia y un completo desinterés en establecer vínculos sociales o afectivos.

Evitar el contacto interpersonal por miedo a la crítica o al rechazo es el primer criterio del trastorno evitativo

Caballo compara los criterios del DSM-5 y de la CIE-10 para el trastorno de la personalidad por evitación, hoy **trastorno de la personalidad evitativa**, y los encuentra bastante similares. Ambos empiezan con el mismo síntoma, la **evitación** de actividades sociales o laborales que impliquen un contacto interpersonal importante por **miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo**. El trastorno se caracteriza por un patrón general de **inhibición**, hipersensibilidad a la evaluación negativa y sentimientos de inferioridad, y la persona no se implica con la gente si no está segura de que le va a caer bien.

1. Es el primer criterio de ambos sistemas.
2. La hipersensibilidad a la evaluación negativa y los sentimientos de inferioridad forman parte de la propia definición del trastorno.
3. El criterio 2 dice que la persona es reacia a implicarse con la gente si no está segura de que le va a caer bien, así que la opción lo invierte.
4. La indiferencia y el desinterés por los vínculos son propios del esquizoide, mientras que el evitativo quiere relacionarse y siente profundamente su soledad. La opción plantea un diagnóstico diferencial que los sistemas no incluyen entre los rasgos característicos del trastorno.

Ojo. La opción 4 es razonable como diagnóstico diferencial, porque el DSM-5 distingue al evitativo, que quiere relacionarse, del esquizoide, que puede preferir su aislamiento. Lo que la descarta es que no figura entre los rasgos que los sistemas señalan como característicos.

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, tabla 15.10, págs. 448-449. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad evitativa, págs. 672-675.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 134

Respuesta correcta: 1

El “trastorno de relación social desinhibida” (denominado también “trastorno reactivo de la vinculación en la infancia”) se caracteriza por:

1. Manifestaciones conductuales, verbales o físicas demasiado familiares con desconocidos y fácil disposición para irse con extraños. ✓
2. Conductas de evitación activas y de rechazo a la interacción con desconocidos.
3. Presentar una prevalencia elevada, entre 5% y 10%.
4. Un marcado incremento de “conductas de comprobación o de seguimiento del cuidador”.

El niño con relación social desinhibida se muestra demasiado familiar con desconocidos y se va con ellos sin dudar

El **criterio A** del **trastorno de relación social desinhibida** describe a un niño que se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños, con dos o más de estas características: poca o ninguna **reticencia** ante ellos, comportamiento verbal o físico **demasiado familiar**, recurrir poco o nada al cuidador tras una salida arriesgada y **disposición a irse con un adulto extraño** sin vacilar. La opción 1 reúne la segunda y la cuarta. El nombre alternativo del enunciado viene del DSM-IV, que recogía este cuadro como tipo desinhibido del trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

1. Recoge los criterios A2 y A4.
2. La evitación y el rechazo de los desconocidos son lo opuesto a la característica esencial del trastorno, que es la familiaridad excesiva con personas relativamente extrañas.
3. El trastorno es poco frecuente. El DSM-5 lo sitúa en torno al 20 % solo en poblaciones de alto riesgo, como los niños criados en instituciones, y lo considera raro en otros contextos clínicos.
4. El criterio A3 describe lo opuesto, porque el niño recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada.

Ojo. El DSM-5-TR ya no da la cifra del 20 %: dice que el trastorno ocurre en una minoría de niños, incluso con privaciones graves, y que llega al 2 % en comunidades de rentas bajas del Reino Unido (pág. 299). La opción 3 sigue siendo falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de relación social desinhibida, págs. 268-269. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, págs. 122-123.

EN EL ATLAS Tema B32 · Trastornos del vínculo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 35, PIR 2023 · n.º 171, PIR 2020 · n.º 34

77 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Según los principales manuales diagnósticos, señale cuál de los siguientes criterios es fundamental a la hora de determinar la existencia de un trastorno de la personalidad esquizoide:

1 Conductas compulsivas y repetitivas tendentes a la búsqueda de placer.

2 Interés exacerbado y obsesivo por las relaciones sexuales con personas distintas.

3 Pulcritud excesiva en el cumplimiento de normas sociales, buscando siempre el halago de otros.

4 Frialdad emocional y/o afectividad plana. ✓

La frialdad emocional o la afectividad plana es criterio del trastorno esquizoide en el DSM y en la CIE-10

El **criterio A7** del **trastorno de la personalidad esquizoide** en el DSM-5 es mostrarse **emocionalmente frío**, con desapego o con **afectividad plana**. La CIE-10 incluye el mismo síntoma como frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo, así que los dos manuales lo comparten. El DSM-5 añade que estas personas parecen insulsas, sin reactividad emocional visible, y que rara vez experimentan emociones fuertes como la ira o la alegría. Las demás opciones describen búsqueda de placer, interés sexual exacerbado y búsqueda del halago, lo opuesto al desapego esquizoide.

1. El esquizoide disfruta con pocas o con ninguna actividad (criterio A4).
2. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona (criterio A3).
3. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás (criterio A6).
4. Es el criterio A7 del DSM-5 y figura también en la CIE-10.

Trampa. Cada distractor invierte un criterio real del esquizoide (A4, A3 y A6).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad esquizoide, págs. 652-653. 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 15.4, pág. 437.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 104, PIR 2015 · n.º 205, PIR 2018 · n.º 143

78 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B13 · Trastorno adaptativo

Respuesta correcta: 3

Señale la opción correcta respecto del diagnóstico de "Trastorno de adaptación" (TA):

1. Puede manifestarse con síntomas, o bien de tipo depresivo, o bien de tipo ansioso, pero se desaconseja un diagnóstico de "tipo mixto" de ansiedad y depresión.
2. No se considerará TA de forma depresiva si la reacción de depresión es breve, es decir, inferior a un mes.
3. Ninguno de los síntomas (como malestar, sentimiento de incapacidad parta afrontar los problemas, humor depresivo, etc.) es por sí solo de gravedad suficiente para justificar otro diagnóstico más específico. ✓
4. Dado que su manifestación se justifica por la presencia de un agente estresante, debe descartarse cualquier referencia a una posible "vulnerabilidad individual".

El trastorno de adaptación se diagnostica cuando los síntomas no alcanzan otro trastorno mental

El **criterio C** de los **trastornos de adaptación** exige que la alteración relacionada con el estrés no cumpla los criterios de **otro trastorno mental** y no sea solo la exacerbación de uno previo. Es lo que dice la opción 3, que ninguno de los síntomas tiene por sí solo gravedad suficiente para otro diagnóstico más específico. El DSM-5 lo confirma en el diagnóstico diferencial: si la respuesta al estrés cumple los criterios de un **trastorno depresivo mayor**, ya no se aplica el de adaptación. El manual admite además un subtipo **mixto** de ansiedad y ánimo deprimido y no fija una duración mínima.

1. El DSM-5 incluye el subtipo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F43.23).
2. El DSM no pide una duración mínima. Los síntomas deben aparecer en los 3 meses siguientes al estrés, y el especificador agudo se usa si la alteración dura menos de 6 meses.
3. Es el sentido del criterio C, que excluye el diagnóstico si se cumplen los criterios de otro trastorno mental.
4. El manual sí contempla la vulnerabilidad: las personas con entornos de vida desfavorecidos tienen más riesgo, y algunos rasgos de personalidad se asocian a una vulnerabilidad para la angustia situacional.

SUBTIPOS DE LOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (DSM-5-TR)

Subtipo	Qué predomina
Con estado de ánimo deprimido	El estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza
Con ansiedad	El nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación
Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido	Una combinación de depresión y ansiedad
Con alteración de la conducta	La alteración de la conducta
Con alteración mixta de las emociones y la conducta	Los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta
Sin especificar	Reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastornos de adaptación, criterios, pág. 319

Ojo. Algunas expresiones de las opciones, como el «sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas» o la «vulnerabilidad individual», no proceden del DSM. La pregunta se resuelve igual con sus criterios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de adaptación, págs. 286-289.

EN EL ATLAS Tema B13 · Trastorno adaptativo. Se estudia con DSM-5-TR (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 141, PIR 2025 · n.º 125

79 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿Qué tipo de técnica proyectiva es el test de Fábulas de Düss?:

1 Asociativa. ✓

2 Catártica.

3 Expresiva.

4 Estructural.

Las Fábulas de Düss son una técnica proyectiva asociativa

Moreno Rosset y Ramírez Uclés recogen la clasificación de **Fernández-Ballesteros**, que distingue cinco tipos de técnicas proyectivas según la tarea del evaluado: **estructurales, temáticas, expresivas, constructivas y asociativas**. En las **asociativas**, tras recibir consignas verbales o escritas, el evaluado debe emitir respuestas que se asocien con el estímulo; sus ejemplos son las **Fábulas de Luisa Düss**, la asociación de palabras de Jung y las frases incompletas. Fernández-Ballesteros las define como una consigna por la que el sujeto ha de asociar o completar verbalmente palabras, frases o cuentos. Las expresivas piden dibujar figuras, y las estructurales, como el Rorschach, estructurar un material visual poco definido.

1. Es una técnica asociativa: el niño completa o responde verbalmente a partir de cuentos.
2. Ninguna de las clasificaciones del corpus incluye una categoría de técnicas proyectivas catárticas.
3. Las técnicas expresivas piden dibujar una o varias figuras, como la figura humana, la familia o el árbol.
4. Las técnicas estructurales presentan un material visual poco estructurado que el sujeto debe estructurar, como el Rorschach.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, págs. 383-384. 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).

80

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática · Anulada

Anulada

En referencia a las fuentes de error que se pueden producir durante la observación ¿de qué manera influye que el observador sea no participante?:

1. Aumenta la objetividad y disminuye la reactividad.
2. Disminuye la objetividad y aumenta la reactividad.
3. Aumenta tanto la objetividad como la reactividad.
4. Disminuye tanto la objetividad como la reactividad.

El observador no participante favorece la objetividad y suele reducir la reactividad, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Fernández-Ballesteros define el **observador no participante** como el que es independiente de lo observado y del que el sujeto no tiene conocimiento, y dice que esta observación suele minimizar los efectos de la **reactividad** de lo observado, aunque no siempre, y favorece una mayor **objetividad**. Con ese texto, la opción 1 es la que mejor encaja, y el comentario de partida la daba por correcta. En las mismas páginas el manual recomienda, para minimizar o controlar la reactividad, utilizar **observadores participantes** siempre que sea posible, y atribuye a los observadores allegados al sujeto una reactividad menor.

1. Fernández-Ballesteros dice que la observación no participante suele minimizar la reactividad, aunque no siempre, y favorece una mayor objetividad.
2. El manual atribuye el posible incremento de la reactividad al observador participante ajeno a la realidad natural del sujeto.
3. La observación no participante suele minimizar la reactividad; no la aumenta.
4. La pérdida de objetividad y precisión se asocia a los observadores allegados al sujeto.

Ojo. El corpus recoge dos afirmaciones sobre la reactividad que no casan del todo: la observación no participante suele minimizarla (pág. 223), pero entre las recomendaciones para controlarla figura utilizar observadores participantes siempre que sea posible (pág. 221). Moreno Rosset y Ramírez Uclés solo dicen que ante un observador participante se suele producir reactividad (pág. 271). El comentario de partida considera que la respuesta correcta debería haber sido la 1.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdos. 6.1.1 y 6.1.2, págs. 221-223. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 271.

EN EL ATLAS

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

81

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Indique cuál de los siguientes NO es un factor de los evaluados en el NEO-Personality Inventory (NEO-PI):

1 Cultura. ✓

2 Neuroticismo.

3 Conformidad.

4 Apertura a la experiencia.

El NEO-PI mide neuroticismo, extraversión, apertura, afabilidad y tesón, y no un factor llamado cultura

Costa y McCrae desarrollaron el **NEO-PI** (1985), con 181 elementos, para medir las cinco dimensiones: además de **neuroticismo**, **extraversión** y **apertura a la experiencia**, incluyeron afabilidad y tesón. Vallejo Ruiloba llama a esas dos dimensiones de la revisión NEO-PI-R «conformidad o amabilidad» y «consciencia o responsabilidad», y Moreno Rosset lista para el NEO PI-R amabilidad, responsabilidad, extraversión, neuroticismo y apertura. **Cultura** fue la etiqueta que Norman y Goldberg dieron al quinto factor; Costa y McCrae añadieron adjetivos que reflejaban deliberadamente la **apertura a la experiencia**, y ese es el nombre que mide su cuestionario.

1. Cultura o intelecto es la etiqueta de Norman y Goldberg para el quinto factor; el NEO-PI lo mide como apertura a la experiencia.
2. El neuroticismo es una de las dimensiones del NEO-PI desde su primera versión.
3. Conformidad es uno de los nombres de la dimensión de afabilidad o amabilidad, incluida en el NEO-PI.
4. La apertura a la experiencia es una de las dimensiones que da nombre al cuestionario (Neuroticism, Extraversion, Openness Personality Inventory).

Ojo. Los manuales usan nombres distintos para dos factores: afabilidad, amabilidad, cordialidad o conformidad, y tesón, responsabilidad, meticulosidad o consciencia. Bermúdez recuerda que al quinto factor también se le ha llamado cultura o intelecto, pero no en el NEO-PI. El comentario de partida citaba Fernández-Ballesteros (1999), que no está en el corpus; la edición de 2013 llama a los factores extraversión, cordialidad o afabilidad, meticulosidad o tesón, estabilidad emocional y apertura (pág. 323).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 5, apdos. 3.1 y 4 (edición digital sin paginar). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, tabla 13.1, pág. 453. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson. Cap. 7, apdo. del NEO-PI-R (edición digital sin paginación impresa). Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, pág. 323.

EN EL ATLAS

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

82 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos Anulada

Anulada

¿En qué consiste la evaluación dimensional de los trastornos del espectro de la esquizofrenia?:

1 En el análisis de la sintomatología y en la cuantificación de su nivel de gravedad.

2 En la aplicación de los criterios diagnósticos.

3 En la cumplimentación de entrevistas estructuradas o semiestructuradas.

4 En el diagnóstico diferencial y los trastornos comórbidos.

La evaluación dimensional analiza los síntomas y cuantifica su gravedad, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Del Barrio y Carrasco Ortiz distinguen dos metodologías para el diagnóstico de la esquizofrenia. La **evaluación categorial** consiste en aplicar los criterios diagnósticos del DSM o de la CIE, y la mayoría de esos criterios se evalúan con **entrevistas estructuradas o semiestructuradas**. La **evaluación dimensional**, en cambio, se centra en el análisis de la sintomatología y en la **cuantificación de su nivel de gravedad**, con listados de síntomas, cuestionarios o inventarios. La opción 1 reproduce esa definición, y el comentario de partida la daba por correcta pese a la anulación. El corpus no explica el motivo.

1 Es casi literal la definición de evaluación dimensional del capítulo de Del Barrio y Carrasco Ortiz.

2 Aplicar los criterios diagnósticos del DSM o de la CIE define la evaluación categorial.

3 Las entrevistas estructuradas o semiestructuradas son la forma de evaluar la mayoría de los criterios categoriales.

4 El diagnóstico diferencial y la comorbilidad son apartados del proceso diagnóstico que el capítulo trata aparte de las dos metodologías.

Ojo. Fonseca-Pedrero describe la propuesta dimensional del DSM-5 para la psicosis: cada dimensión se valora de 0 (ausencia) a 4 (presencia y gravedad), y valores superiores a dos pueden servir de umbral para un criterio diagnóstico (pág. 50). Belloch 2020 plantea una perspectiva dimensional en la que la diferencia entre experiencias psicóticas con y sin trastorno depende de la persistencia, el malestar o la gravedad (pág. 346).

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. 10, «Evaluación de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos» (Del Barrio y Carrasco Ortiz), apdo. 2, pág. 202, y resumen, pág. 212. Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 1, apdo. 2.7.3, pág. 50. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 346.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Fonseca Evaluación Psicosis (Consulta).

83 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F11 · Historia y evaluación conductual

Respuesta correcta: 2

¿Qué se intenta conseguir con el análisis funcional de la conducta?:

1 Identificar las funciones superiores de la conducta que se desea analizar.

2 Identificar la conducta en la que se desea intervenir y las circunstancias que la mantienen. ✓

3 Establecer relaciones funcionales entre la conducta y el instrumento con el que se va a evaluar.

4 Establecer relaciones funcionales entre la conducta y las funciones básicas de la actividad a evaluar.

El análisis funcional identifica la conducta problema y las variables que la mantienen

Díaz, Ruiz y Villalobos consideran el **análisis funcional** el elemento cardinal de la evaluación conductual. El término procede del análisis experimental de la conducta de Skinner, y consiste en un **análisis individualizado** de las conductas específicas del paciente en el que se establecen las **variables que determinan la conducta problema** y que se pueden controlar para el cambio. Lo definen como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre **antecedentes, conductas problema y consecuencias**, con el objetivo de determinar su razón o **función**. La opción 2 resume ese objetivo.

1 El análisis funcional establece las variables que determinan la conducta problema; el manual no habla de funciones superiores.

2 Identificar la conducta problema y las variables que la determinan y se pueden controlar es lo que define el análisis funcional.

3 Las relaciones funcionales que se buscan son entre la conducta y el ambiente (antecedentes y consecuencias).

4 Las hipótesis funcionales relacionan antecedentes, conductas problema y consecuencias, no funciones básicas de una actividad.

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. 2, apdo. 5, págs. 122-123.

EN EL ATLAS

Tema F11 · Historia y evaluación conductual. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

84

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Para la evaluación del progreso en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, los instrumentos que se han mostrado más sensibles son:

1. Los test de laboratorio.
2. La entrevista abierta.
3. Las técnicas proyectivas.
4. Las escalas de puntuación. ✓

Las escalas de puntuación son los instrumentos de elección para seguir el tratamiento de la ansiedad

Carrasco Ortiz explica que muchos instrumentos del diagnóstico o de la conceptualización del caso se usan a modo de **pretest-postest**, y que las **escalas de puntuación** deberían administrarse también durante la intervención para evaluar su evolución. Afirma que son los **instrumentos de elección** para evaluar el progreso del tratamiento y sus resultados porque se han mostrado **sensibles a los efectos del tratamiento**. La observación conductual de las tareas de evitación o interacción resulta menos sensible a los cambios que las entrevistas y las escalas.

1. Los test de laboratorio no figuran entre los instrumentos que el capítulo recomienda para seguir el tratamiento de la ansiedad.
2. Entre los instrumentos recomendados para seguir el tratamiento figura una entrevista diagnóstica estructurada, la ADIS, y ninguna entrevista abierta.
3. Las técnicas proyectivas no aparecen entre los instrumentos propuestos para el diagnóstico, la conceptualización o la evaluación del tratamiento.
4. Son los instrumentos de elección porque se han mostrado sensibles a los efectos del tratamiento.

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. 5, «Evaluación de los trastornos de ansiedad» (Carrasco Ortiz), apdo. 4, pág. 104.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Carrasco Ortiz no es fuente de este tema.

85 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

El WPPSI IV es la escala de Wechsler destinada a medir la inteligencia:

1 En la tercera edad.

2 En adultos.

3 Desde los 7,6 años hasta los 16 años.

4 Desde los 2,6 años hasta los 7,7 años ✓

El WPPSI-IV se aplica de los 2 años y 6 meses a los 7 años y 7 meses

En la tabla 12.3 de Moreno Rosset y Ramírez Uclés, la **Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-IV (WPPSI-IV)** se aplica **de 2:6 a 7:7 años** y se estructura en dos niveles de edad, de 2:6 a 3:11 y de 4:0 a 7:7. El **WISC-V** cubre de 6:00 a 16:11 y el **WAIS-IV**, de 16:00 a 89:11. La versión anterior, el WPPSI-III, abarcaba de 2,6 a 7,3 años según el cuadro de Fernández-Ballesteros.

1 Los mayores se evalúan con el WAIS-IV, que llega hasta los 89:11.

2 Los adultos se evalúan con el WAIS-IV, desde los 16:00.

3 El tramo escolar corresponde al WISC-V, de 6:00 a 16:11, y no coincide con los límites de la opción.

4 Es la edad de aplicación del WPPSI-IV en la tabla 12.3.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.3, pág. 437. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.2, pág. 314.

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

86 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 4

El Diferencial Semántico es una técnica de evaluación:

1 Proyectiva.

2 Objetiva.

3 Social.

4 Subjetiva. ✓

El diferencial semántico de Osgood es una técnica subjetiva

Moreno Rosset y Ramírez Uclés definen las **técnicas subjetivas** como instrumentos orientados a recoger y organizar información sobre las visiones subjetivas o **significados personales** acerca de uno mismo y el mundo. Las ordenan por su grado de estructuración y sitúan el **diferencial semántico** entre las pruebas con alto grado de estructuración que no están estandarizadas, junto a las clasificaciones Q y la técnica de rejilla. El diferencial semántico lo creó el grupo de **Osgood** en la Universidad de Illinois y se sustenta en su **teoría mediacional**, de corte neoconductista.

1. Las técnicas proyectivas se tratan en otro capítulo, y el diferencial semántico no figura en su clasificación.
2. El manual dedica a las técnicas objetivas y psicofisiológicas un capítulo distinto del de las subjetivas, donde está el diferencial semántico.
3. Técnica social no es una de las categorías de técnicas de evaluación que usan los manuales.
4. Es una de las técnicas subjetivas estructuradas que describe el capítulo 9.

Ojo. Fernández-Ballesteros trata el diferencial semántico dentro de los autoinformes, en el extremo de máxima estructuración (cap. 7, págs. 249 y 256). Moreno Rosset advierte que las técnicas subjetivas podrían englobarse en los autoinformes, pero las considera técnicas con entidad propia (pág. 317).

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. 9, apdos. 1 y 4, págs. 317 y 324. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 249 y 256.

EN EL ATLAS: Tema E7 · Las técnicas subjetivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 29

87 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

El Test del dibujo de la figura humana (DAP) es una técnica de evaluación:

1 Proyectiva estructural.

2 Proyectiva temática.

3 Proyectiva expresiva. ✓

4 Proyectiva represiva.

El dibujo de la figura humana de Machover es una técnica proyectiva expresiva

La figura 11.1 de Moreno Rosset y Ramírez Uclés, adaptada de Fernández-Ballesteros, clasifica las técnicas proyectivas en **estructurales**, **temáticas**, **expresivas**, constructivas y asociativas. En las **expresivas** se da a la persona la **consigna verbal o escrita de que tiene que realizar un dibujo**, y entre ellas figura el **Test del dibujo de la figura humana de Machover**, junto al test del árbol, el HTP o el dibujo de la familia. Las estructurales piden dar significado a estímulos visuales poco estructurados, y las temáticas, narrar una historia completa a partir de una lámina.

1 En las estructurales se estructuran estímulos visuales de escasa estructuración, como el Rorschach.

2 En las temáticas se narra una historia a partir de una lámina, como el TAT.

3 El dibujo de la figura humana de Machover aparece entre las técnicas expresivas.

4 La clasificación no recoge ninguna categoría de técnicas proyectivas represivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

88 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

La batería de evaluación para niños de Kaufman (K-ABC):

1 Puede aplicarse a partir de los 6 meses.

2 No puede aplicarse a niños con sordera.

3 Resulta de mucha utilidad para evaluar a niños superdotados.

4 Permite medir la capacidad de procesamiento, independientemente de los aprendizajes adquiridos. ✓

El K-ABC mide la capacidad de procesamiento con independencia de los aprendizajes adquiridos

Forns y Amador describen el **K-ABC** como una batería que evalúa inteligencia y conocimientos académicos en niños **entre 2 y 12 años**, con una escala de **procesamiento mental** (secuencial y simultáneo) y otra de **conocimientos académicos**. Esa separación fue una de sus mayores innovaciones y lo hace útil en los trastornos del aprendizaje, porque **permite medir la capacidad de procesamiento, independientemente de los aprendizajes adquiridos**. Por su escasa carga verbal es muy adecuado para niños con **trastornos auditivos** y poco adecuado para niños superdotados con buenas habilidades verbales.

1 Se aplica a niños entre 2 y 12 años; la ficha de Fernández-Ballesteros da de 2,5 a 12,5 años.

2 Es una prueba muy adecuada para niños con trastornos auditivos, porque admite consignas con gestos o mímica y tiene poca carga verbal.

3 Es poco adecuado para niños brillantes con buenas habilidades verbales, que suelen puntuar más bajo que en el WISC-R.

4 Es literal: la separación de escalas permite medir la capacidad de procesamiento, independientemente de los aprendizajes adquiridos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdos. 1.1.1 y 1.1.2, págs. 662, 666 y 667. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha del K-BIT, pág. 3.

EN EL ATLAS

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

89 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 3

¿Qué técnica de investigación permite la localización de estructuras cerebrales para, posteriormente, producir lesiones, administrar sustancias, recoger la actividad eléctrica, entre otras acciones?:

1 Microscopia electrónica de transmisión.

2 Microscopia confocal con láser.

3 La cirugía estereotáxica. ✓

4 Autorradiografía con 2-desoxiglucosa.

La cirugía estereotáxica sitúa con precisión un electrodo o una cánula en una región del encéfalo

Redolar engloba bajo el término **cirugía estereotáxica** los procedimientos que usan un **aparato estereotáxico** para fijar la cabeza del animal y un **atlas estereotáxico** con las coordenadas de los núcleos y áreas cerebrales, para dirigir con precisión una **cánula o electrodo** hacia una región predeterminada. Sus aplicaciones van más allá de producir lesiones, por ejemplo, colocar electrodos para registros intracerebrales. Carlson y Birkett añaden que los electrodos pueden emplearse para **estimular o destruir neuronas** y que pueden inyectarse fármacos que estimulen neuronas o bloqueen receptores.

1 El microscopio electrónico de transmisión permite observar secciones ultrafinas de tejido (40-80 nm) y la ultraestructura del sistema nervioso.

2 El microscopio confocal con láser permite ver detalles en secciones gruesas de tejido teñido con fluorescencia.

3 Es la técnica que, con aparato y atlas estereotáxicos, dirige un electrodo o una cánula a una región del encéfalo.

4 La 2-desoxiglucosa radioactiva sirve para estimar la actividad metabólica de las regiones cerebrales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, págs. 114-115 y 137. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 5, págs. 120-121, 124 y 134. Tema K1 · Métodos y técnicas de investigación. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

Respuesta correcta: 1

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

1. La falta de conciencia del problema. ✓
2. La falta de empatía.
3. La caquexia.
4. La alexitimia.

La falta de conciencia del problema dificulta la evaluación de los trastornos alimentarios

Carrasco Ortiz recoge, siguiendo a Berg, Peterson y Frazier (2012), tres dificultades que pueden interferir en la evaluación de los trastornos alimentarios. La primera es **negar o minimizar la sintomatología**, bien por **falta de conciencia del problema**, bien por vergüenza o miedo a la evaluación; por eso recomienda un clima cooperativo, evitar la confrontación y hacer preguntas abiertas. Las otras son los **sesgos en el recuerdo** derivados de la desnutrición o de los estados emocionales negativos, y las adaptaciones que exige evaluar a niños y adolescentes. Añade que estos pacientes no suelen tener **conciencia de enfermedad** y tienden al engaño y la ocultación.

1. La falta de conciencia del problema es una de las razones por las que se niega o minimiza la sintomatología.
2. La falta de empatía no figura entre las dificultades de evaluación que recoge el capítulo.
3. La caquexia no aparece entre esas dificultades; el capítulo sí menciona los sesgos de recuerdo por el estado de desnutrición.
4. La alexitimia no figura entre las dificultades de evaluación que recoge el capítulo.

Ojo. Belloch 2020 recoge la misma idea en el tratamiento de la anorexia nerviosa: hay que hacer un trabajo motivacional para tratar la poca conciencia de enfermedad y la resistencia al cambio, por la egosintonía del trastorno (pág. 434).

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. 13, «Evaluación de los trastornos de la alimentación» (Carrasco Ortiz), apdo. 2, págs. 257-258. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 434.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

91 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 4

Atendiendo a la Teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, podemos afirmar que:

1 La motivación intrínseca es el único tipo de motivación autónoma.

2 Las metas exclusivas satisfacen de forma directa las necesidades psicológicas básicas.

3 La motivación intrínseca incluye los tipo de regulación: introyectada, identificad e integrada.

4 La motivación intrínseca disminuye por el efecto de acontecimientos externos como cuando se da tiempo límite, se imponen metas, se somete a vigilancia o existe competición o juicios de evaluación. ✓

Los acontecimientos que restan autonomía reducen la motivación intrínseca

Según la **teoría de la autodeterminación**, los premios externos disminuyen la motivación intrínseca porque la conducta pasa a percibirse como causada por factores externos y se frustra la **necesidad de autonomía**. Bermúdez recoge que la **motivación intrínseca** disminuye también cuando se da **tiempo límite**, se imponen metas, se somete a vigilancia o existe competición o juicios de evaluación, porque todos esos eventos disminuyen el sentido de autonomía. Las regulaciones introyectada, identificada e integrada pertenecen a la **motivación extrínseca**, y la motivación autónoma incluye la intrínseca y las dos formas más internalizadas de la extrínseca.

1 La motivación autónoma incluye la intrínseca y la extrínseca identificada e integrada.

2 Las metas que satisfacen de forma directa las necesidades psicológicas básicas son las intrínsecas; las extrínsecas no las satisfacen de forma directa.

3 Las regulaciones introyectada, identificada e integrada son tipos de motivación extrínseca.

4 Es lo que recoge el manual sobre los eventos externos que disminuyen el sentido de autonomía.

Ojo. El enunciado oficial habla de «metas exclusivas» en la opción 2; el manual distingue metas intrínsecas y extrínsecas, y ninguna de las dos lecturas hace verdadera esa opción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, apdo. 3.3, págs. 233 y 237-240.

EN EL ATLAS: Tema H14 · Motivación y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 50, PIR 2025 · n.º 53

92 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 2

¿Cómo de denomina al grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos por un instrumento de evaluación psicológica?:

1 Consistencia interna.

2 Validez de contenido. ✓

3 Fiabilidad interna.

4 Utilidad clínica.

La validez de contenido es el grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos

La tabla 1.1 de Carrasco Ortiz, sobre los indicadores de calidad psicométrica de los instrumentos de uso clínico, define la **validez de contenido** como el grado de **relevancia y representatividad** de los contenidos medidos (ítems, dimensiones) de acuerdo al constructo que se pretende medir, y añade que suele obtenerse por **juicios de expertos**, revisión bibliográfica u observación de incidentes críticos. Fernández-Ballesteros la define de modo clásico como la relevancia y representatividad de los ítems del test, y Muñiz exige comprobar la definición del constructo y su **correcta representación** en el test.

1 La consistencia interna es el grado en que las puntuaciones del test están libres de error de medida, con el alfa de Cronbach o el KR20.

2 Es la definición de la tabla 1.1 de Carrasco Ortiz.

3 Fiabilidad interna no figura como indicador en la tabla 1.1; los indicadores de fiabilidad (consistencia interna, interjueces, test-retest) se refieren a la precisión y estabilidad de las puntuaciones.

4 La utilidad clínica atiende a consideraciones prácticas de eficiencia, facilidad de uso, aceptabilidad y relevancia clínica.

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, apdo. 3.1, tabla 1.1, págs. 7-8. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, pág. 103. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, pág. 136.

EN EL ATLAS

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

93 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Qué mide el test de Matrices Progresivas de Raven?:

1 La inteligencia general. ✓

2 El conocimiento adquirido con el paso del tiempo.

3 El razonamiento verbal.

4 La inteligencia cristalizada.

Las Matrices Progresivas de Raven son un test de inteligencia general no verbal

La ficha de Fernández-Ballesteros describe las **escalas de Raven** como **tests de inteligencia general**, perceptuales, de observación, comparación y **razonamiento analógico**, que evalúan la capacidad de **educción de relaciones**, uno de los componentes principales de la inteligencia general y del factor g. Para Raven no son una medida del factor g ni de la inteligencia general, pero sí una de sus mejores estimaciones. Moreno Rosset recuerda que Raven creó el test para medir una aptitud general intelectual o factor g. El cuadro 9.3 de Fernández-Ballesteros sitúa el Raven entre los tests que medirían la **inteligencia fluida**.

1. Las escalas de Raven son tests de inteligencia general.
2. El conocimiento adquirido define la inteligencia cristalizada, y el Raven se cita entre los tests de la fluida.
3. Es una prueba no verbal: el cuadro 9.4 la clasifica como de inteligencia general no verbal.
4. La inteligencia cristalizada se refleja en tareas con conocimientos adquiridos, como aritmética o vocabulario, mientras que el Raven se cita entre los tests de la fluida.

Ojo. Las fuentes matizan la clave: para Raven, sus escalas son una de las mejores estimaciones del factor g y de la inteligencia general, porque la capacidad eductiva está en su base, aunque no una medida directa de ellos (ficha de Fernández-Ballesteros, pág. 1).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha 1.6 (Matrices progresivas de Raven), pág. 1; cap. 9, cuadros 9.3 y 9.4, págs. 318-319. 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. 428.

EN EL ATLAS

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

94 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 2

¿Qué tipo de atención se evalúa fundamentalmente en las medidas de inatención en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?:

1 Atención dividida.

2 Atención sostenida. ✓

3 Atención plena.

4 Atención alternante.

Las medidas de inatención del TDAH evalúan sobre todo la atención sostenida

Semrud-Clikeman y Teeter explican que los niños con TDAH pueden centrarse en estímulos específicos, pero no consiguen inhibir la respuesta ante estímulos competidores más interesantes. Esa falta de inhibición está implicada en la **atención sostenida**, la capacidad para mantener una respuesta conductual durante una actividad continua o repetitiva, que suele llamarse **vigilancia** y se evalúa con **pruebas de rendimiento continuo** y con movimientos de manos del K-ABC. Concluyen que los niños con TDAH tienen dificultades en la atención sostenida. Belloch 2020 recoge **mayores errores de omisión** y más variabilidad del tiempo de reacción en las pruebas de atención sostenida.

1 La atención dividida es la capacidad para realizar al menos dos tareas a la vez, y no es la que se destaca en el TDAH.

2 Es el componente que se asocia a los problemas de inatención del TDAH y que miden las pruebas de rendimiento continuo.

3 La atención plena no figura entre los tipos de atención que distingue la psicopatología de la atención.

4 La atención alternante es la capacidad para cambiar el foco atencional de forma flexible entre tareas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Semrud-Clikeman, M. y Teeter Ellison, P. A. (2011). Neuropsicología infantil. Evaluación e intervención en los trastornos neuroevolutivos (2.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 173-174. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 506. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 123 y 125.

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

95 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

El Inventario clínico multiaxial de Millon I y II (MCMI) se utiliza para evaluar:

1 Características psicopatológicas de la inteligencia.

2 Características psicopatológicas de la personalidad. ✓

3 El trastorno mental grave.

4 El funcionamiento afectivo del individuo.

El MCMI evalúa patrones clínicos de la personalidad o personalidad patológica

Moreno Rosset y Ramírez Uclés incluyen el **MCMI-IV** entre los test para la evaluación de la personalidad en contextos clínicos, que sirven para evaluar **patrones clínicos de la personalidad o personalidad patológica**. Sus escalas de patrones de personalidad se fundamentan en la **teoría evolutiva de Millon**. Fernández-Ballesteros lo pone como ejemplo de test de personalidad construido desde un **esquema teórico**: el MCMI-II resulta de la evolución de la teoría de Millon y de los criterios clínicos del DSM-III-R.

1 El MCMI es un inventario de personalidad; las pruebas de inteligencia se tratan en otro capítulo.

2 Evalúa patrones clínicos de la personalidad o personalidad patológica.

3 El manual lo presenta como test de personalidad en contextos clínicos, centrado en los patrones de personalidad.

4 Sus escalas de patrones de personalidad se fundamentan en la teoría evolutiva de Millon; el manual no le atribuye la evaluación del funcionamiento afectivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, apdo. 3.1, pág. 469. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, pág. 324.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 205, PIR 2025 · n.º 23

96 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación es de elección para valorar el desarrollo de un niño de 5 años?:

1 Escala Bayle de Desarrollo Infantil.

2 Escala de desarrollo Peabody.

3 Inventario de Desarrollo Battelle. ✓

4 Escala de Desarrollo Brunete-Lezine.

El Inventario de Desarrollo Battelle cubre de los cero a los ocho años y sirve a los cinco

En la tabla 1 de Del Barrio, de pruebas para el análisis del desarrollo, el **test de Battelle** se aplica de **0 a 8 años**, mientras que el de **Brunet-Lézine** va del nacimiento a los 30 meses y las **escalas de Bayley**, del nacimiento a los 2 años y medio. La ficha del Battelle en Fernández-Ballesteros fija su edad de aplicación desde los cero hasta los ocho años y lo describe como un instrumento comprensivo para evaluar el desarrollo del niño en distintas áreas. Moreno Rosset da para las **Bayley-III** de 1 a 42 meses. Para un niño de 5 años, solo el Battelle cubre esa edad.

1 Las escalas Bayley llegan a los 2 años y medio (Bayley-III, hasta los 42 meses).

2 El Peabody que recoge Del Barrio es un test de vocabulario en imágenes que evalúa el lenguaje comprensivo.

3 El Battelle se aplica desde los cero hasta los ocho años.

4 En la tabla de pruebas de desarrollo, la Brunet-Lézine va del nacimiento a los 30 meses.

Ojo. Del Barrio da dos edades para la Brunet-Lézine: en la tabla del cap. 5, del nacimiento a 30 meses (pág. 189); en el cap. 3, la segunda parte de la forma antigua llega de 24 meses a 5 años, y la moderna cubre niveles de 3 a 6 años (pág. 112). El comentario de partida citaba Moreno Rosset (2003), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5 (Forns), tabla 1, pág. 189; cap. 4, pág. 149; cap. 3, pág. 112. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2.4 (Inventario de desarrollo de Battelle), pág. 1. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 431.

EN EL ATLAS

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

97 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿Qué test proyectivo aplicable a la infancia es de tipo expresivo?:

1 Test del árbol de Koch. ✓

2 Test de apercepción temática de Murray.

3 Fábulas de Düss.

4 Test Pata negra de Corman.

El test del árbol de Koch es una técnica proyectiva expresiva aplicable desde los cinco años

En la figura 11.1 de Moreno Rosset y Ramírez Uclés, las técnicas **expresivas** dan a la persona la consigna verbal o escrita de que tiene que **realizar un dibujo**, y entre ellas está el **test del árbol**. Lo creó **Koch** en 1957 y se puede administrar desde los cinco años con la consigna «Dibuja un árbol frutal lo mejor que puedas». El **TAT** de Murray y el **test Pata Negra** de Corman son técnicas temáticas, en las que se narra una historia a partir de una lámina, y las Fábulas de Düss son asociativas.

1. Es una técnica expresiva: se pide dibujar un árbol frutal, y se aplica desde los cinco años.
2. El TAT de Murray es una técnica temática.
3. Las Fábulas de Luisa Düss son una técnica asociativa.
4. El test Pata Negra de Corman es una técnica temática.

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

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

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 11, figura 11.1, pág. 383. El asterisco marca, como en la figura, las pruebas descritas en el manual anterior de la obra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383, y apdo. 7.5, pág. 410.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

Respuesta correcta: 4

¿Qué evaluará si decide registrar los aspectos topográficos de la respuesta en un adolescente diagnosticado de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)?:

1. Grado de creencia en las consecuencias temidas.
2. Antecedentes y consecuentes de las obsesiones.
3. Consecuencia de los rituales.
4. Frecuencia y duración de las obsesiones. ✓

Registrar la topografía de una respuesta es cuantificar su frecuencia, intensidad y duración

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que el **análisis topográfico** reúne y ordena la información de manera que aparezcan todos los comportamientos problemáticos que se pretenden modificar, y que su ocurrencia se cuantifica con parámetros como **frecuencia, intensidad y duración**. Una vez descrito topográficamente el problema, el **análisis funcional** identifica los **estímulos antecedentes y consecuentes** de cada respuesta problema. En el TOC infantil, Vallejo y Rodríguez piden registrar de las respuestas la frecuencia, la duración y la intensidad o el grado de malestar, junto con las contingencias que las mantienen.

1. El grado de creencia en las consecuencias temidas es un contenido cognitivo de la obsesión; los parámetros topográficos son frecuencia, intensidad y duración.
2. Los antecedentes y consecuentes son objeto del análisis funcional.
3. Las consecuencias de los rituales pertenecen igualmente al análisis funcional.
4. Frecuencia y duración son parámetros con los que se cuantifica la topografía de la conducta.

Ojo. El comentario de partida dice que la pregunta procede de un caso clínico de Méndez, Espada y Orgilés (2009), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (Pirámide), pág. 136, que no está en el corpus ni en el resto de `C:\Drive`. El concepto se ha comprobado en Díaz y Ruiz y en Vallejo y Rodríguez.

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. 2, págs. 134-135. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 5, pág. 220. Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2009). Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos. Pirámide. Pág. 136 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F11 · Historia y evaluación conductual. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

99 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de los siguientes aspectos o características es propio de la prueba de tolerancia aplicada a la fobia a la oscuridad en la infancia:

1 El niño se aproxima progresivamente al objeto temido.

2 Se gradúan las variables de tiempo e intensidad de la luz.

3 Se trata de una observación natural.

4 El niño se enfrenta a la situación sin ningún tipo de gradación. ✓

La prueba de tolerancia presenta el estímulo fóbico sin gradación

En la observación en situaciones artificiales, la interacción con los estímulos fóbicos puede graduarse, en las **pruebas de aproximación conductual**, o no, en las **pruebas de tolerancia**. Caballo y Simón enmarcan las pruebas de tolerancia en el contexto de la **inundación**: en la de tolerancia a la oscuridad se pide al niño que aguante todo lo que pueda, solo, en una habitación completamente a oscuras. Comeche y Vallejo añaden que presentan el estímulo **sin gradación**, con elevada intensidad desde el principio, y que es preferible la instrucción de actuación típica a la de actuación máxima, que puede producir sensibilización o incubación del miedo.

1 La aproximación progresiva del niño al estímulo es la forma activa de la prueba de aproximación conductual.

2 Graduar la intensidad de la luz con un regulador es la forma pasiva de la prueba de aproximación conductual en la fobia a la oscuridad.

3 Es observación en situaciones artificiales, preparada por el evaluador.

4 Las pruebas de tolerancia presentan el estímulo fóbico sin gradación.

Ojo. La 4.ª ed. de Vallejo y Rodríguez (2022), edición vigente, solo menciona los test de evitación o aproximación conductual y el tiempo que el menor es capaz de tolerar la exposición (pág. 130); la descripción de las pruebas de tolerancia está en la 3.ª ed. (Comeche y Vallejo, 2016) y en Caballo y Simón.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, apdo. 4.2.1, págs. 70-71. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Pág. 118. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 130.

EN EL ATLAS

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

100

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación está indicado para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva en la infancia?:

1. Inventario de depresión infantil (CDI) de Koback y Beck. ✓
2. Inventario de creencias irracionales de Silva y Martorell.
3. Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-IV.
4. Cuestionario de estilo atribucional (ASQ) de Peterson.

Para cuantificar la gravedad de la depresión infantil se recomienda el CDI de Kovacs

Vallejo y Rodríguez recomiendan una **entrevista estructurada o semiestructurada** para llegar al diagnóstico y, para cuantificar la **gravedad de la sintomatología depresiva**, alguna escala, cuestionario o inventario de síntomas. El **Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs** (Kovacs y Beck, 1977) parece la mejor sugerencia: evalúa la depresión entre los 7 y los 15 años con 27 ítems de tres alternativas y es el cuestionario más utilizado en la evaluación de la depresión infantil. Los factores de vulnerabilidad, como las **actitudes disfuncionales** o el **estilo atribucional** depresivo, se evalúan con otros instrumentos.

1. El CDI de Kovacs es el instrumento que el manual propone para cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva.
2. El Inventario de Creencias Irracionales sirve para evaluar actitudes disfuncionales, un factor de vulnerabilidad.
3. La entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (EDNA-IV) se usa para llegar a un diagnóstico fiable y válido.
4. El Cuestionario de Estilo Atribucional de Peterson evalúa el estilo atribucional depresivo, otro factor de vulnerabilidad.

Ojo. El enunciado oficial escribe «Koback y Beck» y atribuye el inventario de creencias irracionales a Silva y Martorell; el manual cita el CDI de Kovacs (Kovacs y Beck, 1977) y el ICI de Capafóns et al. (1993), publicado en la obra que editaron Silva y Martorell.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, págs. 309-312.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 34

101

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

¿En qué aspecto se centra la evaluación de tipo dinámico o de potencial de aprendizaje, para evaluar la baja capacidad intelectual en la infancia?:

1 El cociente intelectual.

2 Los procesos cognitivos básicos.

3 Los conocimientos semánticos.

4 La capacidad para beneficiarse de la instrucción. ✓

La evaluación del potencial de aprendizaje mide la capacidad para beneficiarse de la instrucción

Forns y Amador explican que la **evaluación del potencial de aprendizaje** o **evaluación dinámica** cobró interés con las aportaciones de **Feuerstein** y se ancla en la **zona de desarrollo potencial** de Vygotski, que refleja la capacidad de un sujeto para **beneficiarse de la instrucción**. Evalúa las habilidades de un sujeto mediante un estilo de enseñanza activo, dirigido a modificar el funcionamiento cognitivo, y se opone a la evaluación estática, que evalúa los aprendizajes sin ayudas. Entre sus usos recogen los sujetos de **bajo nivel cognitivo**.

1 El cociente intelectual es el producto de la medida psicométrica estática, la que la evaluación dinámica pretende superar.

2 La evaluación dinámica identifica procesos que intervienen en el aprendizaje, pero su foco es lo que el sujeto puede hacer con ayuda.

3 Los conocimientos adquiridos son el objeto de la evaluación estática de los aprendizajes.

4 Es la definición del potencial de aprendizaje: la capacidad de beneficiarse de la instrucción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 2, págs. 676-677, y apdo. 2.6.

EN EL ATLAS

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

102

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 3

¿En relación a qué se mide el rendimiento académico de una niña si empleamos instrumentos criteriales?:

1 A la población de referencia.

2 A la capacidad cognitiva.

3 Al diseño curricular. ✓

4 A la norma estadística.

Los instrumentos criteriales comparan el rendimiento con los contenidos del diseño curricular

Carrasco Ortiz, en el capítulo de evaluación del rendimiento de Del Barrio, explica que los **instrumentos referidos a criterios** se elaboran a partir de los conocimientos expresados en el currículum del aula y en el **Diseño Curricular Base**. La referencia para decidir si el alumno domina los contenidos está en el **dominio instruccional**. En los **instrumentos basados en la norma**, el juicio está en la norma o en el **grupo de referencia**: se sitúa al sujeto respecto a la media de la población mediante baremos. Fernández-Ballesteros define las puntuaciones referidas al criterio como interpretables frente a un estándar de ejecución o conocimiento especificado de antemano.

1 Comparar con la población de referencia es propio de los instrumentos normativos.

2 La referencia de los instrumentos criteriales es el dominio instruccional, el conjunto de competencias y habilidades que definen lo evaluado.

3 Se elaboran a partir del currículum del aula y del Diseño Curricular Base.

4 La norma estadística, con baremos y percentiles, es la referencia de los instrumentos normativos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 9 (Carrasco Ortiz), apdo. 3.1, págs. 363-364. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 3.2, pág. 129.

EN EL ATLAS

Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Del Barrio no es fuente de este tema.

103

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 2

¿Qué test se considera una prueba neuropsicológica de tipo general en la evaluación infantil?:

1. Test de copia de una figura compleja de Rey.
2. Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV ✓
3. Test Token.
4. Test de retención visual de Benton.

Frente a los tests de una sola función, el WISC-IV es la prueba de tipo general

Junqué y Barroso clasifican los instrumentos neuropsicológicos en **instrumentos de cribado**, **baterías neuropsicológicas**, que exploran de modo exhaustivo distintas dimensiones del funcionamiento cognitivo, y **tests específicos de función**. Entre estos últimos sitúan la **figura compleja de Rey** (habilidades visuoconstructivas y memoria visual), el **test de retención visual de Benton** (memoria visual) y el **Token test** (comprensión oral del lenguaje). La escala de Wechsler para niños explora varias dimensiones, y Moreno Rosset incluye el contexto neuropsicológico entre los de aplicación del WISC-V. Por eso es la única opción de tipo general.

1. La figura compleja de Rey evalúa habilidades constructivas visuoespaciales y memoria visual, funciones específicas.
2. Es la única opción que explora varias dimensiones cognitivas, y el WISC-V incluye el contexto neuropsicológico entre sus contextos de aplicación.
3. El Token test es una tarea de comprensión oral, un test específico de función.
4. El test de retención visual de Benton evalúa la memoria visual, otra función específica.

Ojo. Ninguna obra del corpus llama a las escalas de Wechsler prueba neuropsicológica general; la clave se sostiene por contraste con los tests específicos de función de Junqué y Barroso y por el contexto de aplicación neuropsicológico de la tabla 12.3 de Moreno Rosset (WISC-V). El comentario de partida remite a Fernández-Ballesteros (1999), *Introducción a la evaluación psicológica*, vol. I, págs. 385-386, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 10, apdo. 10.2, págs. 288-289, 293 y 295-297. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.3, pág. 437. Fernández-Ballesteros, R. (1999). Introducción a la evaluación psicológica, vol. I. Pirámide. Págs. 385-386 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con Junqué y Barroso (Ampliación).

104

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

¿Qué escala de las Matrices progresivas de Raven se aplica a niños de 5 a 11 años?:

1 Escala superior (APM).

2 Escala general (SPM).

3 Escala infantil (SCM).

4 Escala de color (CPM). ✓

La escala de color (CPM) de Raven es la diseñada para niños

La ficha de las **Matrices Progresivas de Raven** en Fernández-Ballesteros distingue tres escalas. La **CPM o escala de color** se diseñó para niños de **cuatro a nueve años** y para adultos con dotación intelectual baja, deficiencias mentales o deterioro. La **SPM o escala general** se aplica preferentemente a adolescentes y adultos, aunque tiene baremos para niños de nueve a doce años. La **APM o escala superior** está pensada para adultos con estudios superiores. De las cuatro opciones, la escala de color es la que corresponde a la infancia.

1. La APM o escala superior es para adultos con un nivel de estudios superiores.
2. La SPM o escala general es preferentemente para adolescentes y adultos.
3. No existe una escala infantil SCM: las tres escalas son CPM, SPM y APM.
4. La CPM o escala de color se diseñó para el examen de niños.

Ojo. Las edades no coinciden entre fuentes: el enunciado y el comentario de partida, que cita Moreno Rosset (2003), dan para la CPM de 5 a 11 años; la ficha de Fernández-Ballesteros, de cuatro a nueve años. La clave no cambia. Moreno Rosset (2003) no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha 1.6 (Matrices progresivas de Raven), págs. 1-2. Moreno Rosset, C. (ed.) (2003). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 596 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

105

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 4

En el trastorno de Rett aparece(n):

1. Alteraciones pre y perinatales.
2. Una circunferencia del cráneo más pequeña de lo normal al nacer.
3. Una aceleración del crecimiento craneal a partir del primer año.
4. Un desarrollo motor normal hasta los cinco primeros meses. ✓

En el trastorno de Rett el desarrollo psicomotor es normal durante los cinco primeros meses

El DSM-IV definía el **trastorno de Rett** por un período de funcionamiento normal seguido de múltiples déficits. El criterio A exigía tres condiciones de partida: **desarrollo prenatal y perinatal** aparentemente normal, **desarrollo psicomotor** aparentemente normal durante los **primeros 5 meses** y circunferencia craneal normal al nacer. Después aparecían una **desaceleración del crecimiento craneal** entre los 5 y los 48 meses, la pérdida de las habilidades manuales intencionales con movimientos estereotipados de las manos, la pérdida de implicación social, la mala coordinación de la marcha y un desarrollo del lenguaje gravemente afectado.

1. El criterio A1 pide un desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. La circunferencia craneal es normal en el nacimiento (criterio A3); el problema aparece después.
3. Lo que se produce es una desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y los 48 meses de edad.
4. Es el criterio A2 del DSM-IV.

> **Para fijarlo.** En el Rett la cabeza nace normal y luego crece cada vez más despacio, y las manos dejan de servir para convertirse en gestos de lavarse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de Rett, págs. 75-77.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 161

106

PSICOLOGÍA SOCIAL

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

Respuesta correcta: 3

Según el denominado “efecto de mera exposición”, la exposición reiterada a un objeto favorece:

1 La repulsa hacia el mismo.

2 La atracción ambivalente hacia el mismo.

3 La mayor atracción hacia el mismo. ✓

4 Oscilaciones en la atracción hacia el mismo.

La exposición repetida a un estímulo aumenta el agrado hacia él

Gaviria, López Sáez y Cuadrado describen el **efecto de mera exposición** (Zajonc, 1968) como el aumento de la favorabilidad hacia un estímulo neutro al aumentar la **exposición repetida** al mismo. En la atracción interpersonal, la exposición repetida a un estímulo aumenta el agrado hacia él, por lo que tendemos a sentir más **atracción hacia estímulos familiares**; el efecto surge incluso sin que los perceptores sean conscientes. Matizan que la exposición prolongada a un estímulo hacia el que tenemos una **actitud inicial negativa** puede invertir el efecto.

1 El manual solo recoge un empeoramiento cuando la actitud inicial hacia el estímulo ya es negativa.

2 El manual no describe una atracción ambivalente; habla de un aumento del agrado.

3 La exposición repetida aumenta la favorabilidad y la atracción hacia el estímulo.

4 El manual no describe oscilaciones en la atracción como consecuencia de la exposición.

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. 8, págs. 223-224; cap. 6, pág. 157.

EN EL ATLAS

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

107 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 2

El denominado “efecto de falso consenso” consiste en la tendencia a pensar que:

1. La población general opina de forma muy diversa sobre las cosas importantes.
2. Nuestras conductas o ideas son más comunes de lo que en realidad son. ✓
3. Es fácil conseguir consenso con el diálogo.
4. Existe coherencia entre lo que una persona dice y lo que piensa.

El falso consenso es creer que nuestras opiniones y conductas son las de la mayoría

Gaviria, López Sáez y Cuadrado explican que el **efecto de falso consenso** se produce cuando las personas creen que sus opiniones son las que asume la mayoría y que, en igualdad de condiciones, los demás se comportarían del mismo modo (Ross, 1977). Puede deberse a que solemos rodearnos de personas **similares**, lo que sesga nuestra visión de las actitudes y conductas de los demás, o a procesos motivacionales de mantenimiento de la **autoestima**. El sesgo parece limitarse a comportamientos **negativos o neutros**; con atributos positivos tendemos a creer que son poco frecuentes.

1. Pensar que la población opina de forma muy diversa es lo contrario de sobreestimar el consenso.
2. Es la definición del efecto: creer que nuestras opiniones y conductas son más compartidas de lo que son.
3. El efecto no se refiere a la facilidad de alcanzar acuerdos dialogando.
4. La coherencia entre lo que una persona dice y piensa no es lo que describe el falso consenso.

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, págs. 107-108.

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

108

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 1

El denominado “efecto actor-observador” consiste en:

1. Atribuir nuestras conductas a factores externos y las conductas de los otros a factores internos. ✓
2. Atribuir nuestras conductas a factores internos y las conductas de los otros a factores externos.
3. Atribuir tanto nuestras conductas como las conductas de los otros a factores internos.
4. Atribuir tanto nuestras conductas como las conductas de los otros a factores externos.

El actor explica su conducta por la situación y el observador, por disposiciones personales

Gaviria, López Sáez y Cuadrado describen la **asimetría en las atribuciones del actor y del observador**. El **observador** tiende a atribuir la conducta del actor a **disposiciones personales** más que a la situación, lo que puede considerarse un ejemplo del error fundamental de atribución. El **actor** suele explicar su propia conducta aludiendo al **contexto**, sobre todo cuando el resultado es negativo. La asimetría se ha explicado por diferencias en el foco de atención, en la información disponible y en la motivación.

1. Atribuimos nuestra conducta a la situación y la de los demás a factores internos.
2. Es la dirección contraria a la que describe el efecto.
3. Según el manual, la tendencia a las atribuciones disposicionales es la del observador; el actor alude al contexto.
4. El efecto distingue entre actor y observador, así que no atribuye ambas conductas a factores externos.

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, págs. 104-105.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 199

109

PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 4

La denominada “correlación ilusoria” produce:

1 Confusiones entre correlación y causación en la investigación

2 Sobrevaloración de las propias capacidades en personas de baja autoestima.

3 Tendencia a mantener las propias posiciones y situaciones de discusión.

4 Sobreestimación de los comportamientos negativos en grupos pequeños. ✓

La correlación ilusoria asocia los grupos minoritarios con conductas negativas poco frecuentes

La **correlación ilusoria** es la sobreestimación del grado en que se relacionan dos sucesos o características, y Gaviria, López Sáez y Cuadrado la explican por el **heurístico de disponibilidad**. Es uno de los mecanismos que explican el **origen de los estereotipos**: se ha atribuido a la distintividad de determinados grupos y atributos, sobre todo los negativos, y por lo general la relación se establece entre miembros de **grupos minoritarios** o de bajo estatus y **conductas infrecuentes**, que suelen ser negativas.

1 La correlación ilusoria es la sobreestimación de la relación entre dos sucesos; el manual no la vincula con confundir correlación y causalidad.

2 La sobrevaloración de las propias capacidades no forma parte de este fenómeno.

3 Mantener las propias posiciones en una discusión no es lo que describe la correlación ilusoria.

4 Lleva a asociar conductas infrecuentes y negativas a grupos minoritarios.

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. 11, pág. 310; cap. 3, pág. 65.

EN EL ATLAS

Tema M7 · Estereotipos y prejuicio. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M1.

110

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 2

La técnica persuasiva denominada de la “bola baja” consiste en:

1 Utilizar un emisor atractivo para persuadir.

2 Hacer que una persona acceda a una petición y después evidenciar que tiene costes adicionales. ✓

3 Conseguir que una persona acceda a una petición grande planteando primero una petición más pequeña.

4 Realizar primero una petición grande que se sabe va a ser rechazada y después otra más pequeña.

La bola baja compromete a la persona con información incompleta y después revela el coste real

Gaviria, López Sáez y Cuadrado incluyen la **bola baja** entre las tácticas basadas en el **compromiso y la coherencia**. Consiste en conseguir que la persona se comprometa a realizar una conducta basándose en **información falsa o incompleta**; cuando recibe después la información adecuada, tiende a mantener su **compromiso inicial**, aunque ya no le reporte los beneficios que esperaba, como en el experimento del curso a las 7 de la mañana de Cialdini et al. (1978). El **pie en la puerta** parte de una petición pequeña y el **portazo en la cara**, de una grande que se rechaza.

1 El atractivo del emisor pertenece a las características de la fuente persuasiva, que el manual trata aparte de las tácticas de compromiso.

2 Es la bola baja: se acepta una petición y después aparecen los costes que se habían ocultado.

3 Empezar por una petición pequeña para conseguir después una mayor es el pie en la puerta.

4 Empezar por una petición grande que se rechaza y pedir después otra menor es el portazo en la cara.

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

111 PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 2

La Teoría de la identidad social establece que una de las estrategias para lograr una identidad social positiva es otorgar valores positivos a características del propio grupo que previamente se valoraban como negativas. Esta estrategia se denomina:

1. Diferenciación intragrupal.
2. Creatividad social. ✓
3. Competitividad social.
4. Metacontraste.

Revalorizar los rasgos que el propio grupo veía como negativos es una forma de creatividad social

Según Tajfel y Turner (1986), en condiciones de identidad social insatisfactoria pueden adoptarse tres estrategias: la **movilidad individual**, que consiste en abandonar el grupo; la **creatividad social**, y la **competición social**. Gaviria, López Sáez y Cuadrado explican que la creatividad social modifica o redefine la forma de compararse con otros grupos de tres modos: comparando en una **dimensión nueva**, **invirtiendo el valor** asociado a características del grupo, de modo que lo valorado negativamente pase a serlo positivamente («lo negro es bello»), o cambiando el exogrupo de comparación. La competición social busca superar al exogrupo en la dimensión en que se salía desfavorecido.

1. La diferenciación intragrupal no figura entre las estrategias de Tajfel y Turner.
2. Invertir el valor de características del grupo, de negativo a positivo, es uno de los modos de la creatividad social.
3. La competición social intenta superar al exogrupo en la dimensión en que se salía desfavorecido.
4. El metacontraste es el principio que define el prototipo de un grupo, y no figura entre las estrategias para lograr una identidad social positiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 372-373. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 4, pág. 126.

EN EL ATLAS

Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Gaviria (Base).

112

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales | Revisar

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento de la adicción al juego, la exposición gradual con prevención de respuesta se basa en los siguientes principios de aprendizaje:

1. Condicionamiento inhibitorio y condicionamiento de segundo orden.
2. Extinción y moldeamiento. ✓
3. Reforzamiento positivo y reforzamiento negativo.
4. Generalización y discriminación.

La exposición al juego sin poder jugar extingue el malestar y se aplica de forma gradual

En el manejo de las adicciones sin sustancia que recoge Fonseca-Pedrero (figura 18.1), la exposición programada a las situaciones de riesgo y la **exposición con prevención de respuesta** buscan la **extinción del malestar** por la conducta adictiva, y la exposición en vivo es **progresiva**. Labrador y Labrador describen para el juego una **jerarquía graduada** de situaciones: se empieza por los ítems de menor valor, impidiendo la conducta de juego, y se pasa al siguiente conforme el jugador resiste el deseo. Díaz, Ruiz y Villalobos explican la reducción del miedo durante la exposición por el principio de **extinción**.

1. El corpus no describe la exposición en el juego mediante condicionamiento inhibitorio ni de segundo orden.
2. Son los dos procesos que el corpus permite reconocer en la técnica: extinción de la respuesta y avance gradual por una jerarquía de situaciones.
3. El reforzamiento positivo y negativo mantiene la conducta de juego, y la prevención de respuesta impide que se obtenga.
4. La generalización y la discriminación no son los principios con que el corpus explica la exposición.

Ojo. El corpus apoya la extinción y la exposición graduada, pero ninguna obra habla de moldeamiento a propósito de la exposición con prevención de respuesta en el juego, y el capítulo de Sharpe en Caballo atribuye a la exposición en vivo la habituación, la práctica de estrategias de afrontamiento y la sensación de control (pág. 453). El comentario de partida remite a Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, págs. 263 y 275, que no está en el corpus ni en el resto de `C:\Drive`.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 18, figura 18.1, pág. 532, y apdo. 2.1.3, pág. 537. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Labrador y Labrador), apdo. 8.3.4, págs. 185-186. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, apdos. 2.2-2.3, págs. 205 y 208. Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 14 (Sharpe), pág. 453. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Págs. 263 y 275 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

113

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 4

¿En qué estado del Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se encuentra una persona que acude por primera vez a las sesiones del psicólogo clínico para dejar de beber y cumple con las recomendaciones del terapeuta? :

1 Precontemplación.

2 Contemplación.

3 Preparación.

4 Acción. ✓

Quien ya acude a terapia y cumple las pautas para dejar de beber está en la acción

Fonseca-Pedrero resume las etapas del **modelo transteórico**. En la **precontemplación** no hay motivación de cambio en un futuro previsible; en la **contemplación** la persona sabe que tiene un problema y piensa seriamente en solucionarlo, pero no se ha comprometido a actuar; en la **preparación** tiene la intención de tomar medidas el mes próximo e informa de pequeños cambios. En la **acción** el individuo modifica su comportamiento, sus experiencias y su entorno para superar el problema, con un compromiso estable, y en el **mantenimiento** trabaja para evitar las recaídas. Acudir a las sesiones y cumplir las recomendaciones del terapeuta son esfuerzos abiertos de cambio.

1 En la precontemplación no existe motivación de cambio y la persona suele desconocer o negar su problema.

2 En la contemplación la persona piensa seriamente en cambiar, pero aún no se ha comprometido a tomar medidas.

3 En la preparación se tiene la intención de actuar en el próximo mes y solo hay pequeños cambios.

4 Modificar el comportamiento con esfuerzos abiertos y significativos para cambiar caracteriza la acción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 100. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Labrador y Labrador), pág. 183.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación).

114

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

¿Qué es lo que se pretende con el tratamiento de la adicción a la heroína mediante la administración de antagonistas opiáceos (naltrexona principalmente)?:

1. Bloquear los receptores cerebrales a opiáceos y evitar que el consumo de heroína tenga efectos reforzantes. ✓
2. Evitar el policonsumo de otras drogas (alcohol, cocaína).
3. Mantener un consumo de heroína moderado en aquellas personas que no son capaces de superar la adicción.
4. Provocar reacciones adversas ante el consumo de heroína (tratamiento aversivo).

La naltrexona bloquea los receptores opioides y anula el efecto reforzante de la heroína

Stahl presenta la **naltrexona** como un **antagonista del receptor μ-opioide**. Los antagonistas de esos receptores bloquean los efectos placenteros que dependen de ellos, y los adictos a los opiáceos pueden pasar al **mantenimiento con un antagonista** inyectable de acción prolongada, como la naltrexona, que se administra una vez al mes. Lo que se busca, por tanto, es ocupar los receptores para que la heroína no produzca su efecto. Los programas de sustitución con **agonistas** como la metadona o la buprenorfina son otra estrategia distinta.

1. Como antagonista μ-opioide, la naltrexona bloquea los receptores y los efectos placenteros que dependen de ellos.
2. El manual la presenta como antagonista opioide para la abstinencia de opiáceos y para el alcohol; no habla del policonsumo.
3. Mantener un consumo controlado de opiáceos corresponde a la sustitución con agonistas, como la metadona.
4. Un antagonista puede desencadenar abstinencia en un consumidor, pero el manual no lo plantea como tratamiento aversivo.

Ojo. El comentario de partida cita Carlson (2010) y la Guía de tratamientos eficaces I (2003), pág. 126. La edición de Carlson del corpus (2018) describe la metadona y la buprenorfina en el tratamiento de los opiáceos (cap. 18, págs. 607-608), y la Guía solo recoge estudios que combinan naltrexona con terapia psicológica. Caballo 2024 recuerda que la administración de un antagonista puede provocar abstinencia de opiáceos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 13, págs. 556-557 y 560-561. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 18, págs. 607-608.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base). Carlson es Base del tema K17.

115

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 3

Dentro de la terapia cognitiva de Beck existen varios medios para cuestionar verbalmente las creencias. Señale la forma INCORRECTA:

1. Examinar las pruebas a favor y en contra de la creencia.
2. Analizar la utilidad de la creencia.
3. Usar la técnica de la flecha descendente. ✓
4. Buscar una alternativa formulada en términos más realistas y útiles.

La flecha descendente sirve para detectar las creencias que luego se cuestionan

En la terapia cognitiva, el **descubrimiento guiado** ayuda al paciente a desafiar sus creencias disfuncionales mediante el **cuestionamiento socrático**, con preguntas generales como cuál es la **evidencia a favor o en contra**, cuáles son las formas alternativas de pensar y cuáles son las **consecuencias de pensar de esta manera**. La **flecha descendente**, en cambio, figura entre las estrategias para **obtener e identificar creencias**: mediante preguntas encadenadas se profundiza hasta la creencia o el esquema más profundo, que después será objeto de modificación.

1. Buscar la evidencia a favor o en contra es una de las preguntas del cuestionamiento socrático.
2. Analizar las consecuencias de pensar de una manera, y las ventajas e inconvenientes de mantener una creencia, forma parte del cuestionamiento.
3. La flecha descendente figura entre las técnicas para detectar las creencias nucleares, antes de cuestionarlas.
4. Buscar formas alternativas de pensar es otra de las preguntas del cuestionamiento socrático.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, págs. 408-409 y 413-414.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

116

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Revisar

Respuesta correcta: 3

Señale en cuál de los siguientes ámbitos clínicos no se podría aplicar la intención paradójica:

1. En pacientes desafiantes y oposicionistas.
2. En pacientes que experimentan falta de control comportamental.
3. En pacientes con ideas o conductas autolesivas. ✓
4. En pacientes en los que el temor al problema y sus consecuencias es su principal mantenedor.

La intención paradójica no se aplica a pacientes con ideas o conductas autolesivas

Díaz, Ruiz y Villalobos describen la **intención paradójica** como un procedimiento en el que se anima al paciente a hacer o desear que ocurra lo que teme, para desmontar el **círculo vicioso** que mantiene el problema. Es útil para vencer la **resistencia al cambio** y se ha usado en contextos con **angustia por la expectativa de fracaso** o de bloqueo; el cambio de postura sirve con pacientes desafiantes. Advierten que esta forma de proceder puede entrañar **riesgos importantes** en determinados trastornos o conductas y exige experiencia para anticipar situaciones de peligro.

1. Las estrategias paradójicas se proponen para pacientes resistentes y desafiantes.
2. La intención paradójica pide renunciar a los intentos de control del síntoma, y se ha usado cuando hay expectativa de bloqueo o de no poder responder.
3. Prescribir o pautar una conducta autolesiva supone un riesgo que la técnica no puede asumir.
4. El temor al problema y sus consecuencias es el círculo vicioso que la técnica busca romper.

Ojo. Ninguna obra del corpus enumera de forma explícita las situaciones en que no debe aplicarse la técnica; Díaz, Ruiz y Villalobos solo advierten de sus riesgos en determinados trastornos o conductas (pág. 630). La lista de indicaciones y contraindicaciones del comentario de partida procede de Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 569, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, apdo. 7, págs. 626-630. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 569 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F17 · Otras técnicas TCC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

117

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Revisar

Respuesta correcta: 2

Señale la opción INCORRECTA. La exposición interoceptiva:

1. Está indicada en el trastorno del pánico.
2. Consiste en exponer al paciente, en un lugar seguro, a las sensaciones físicas desagradables por medio de la inducción involuntaria de los estímulos psicofisiológicos temidos. ✓
3. El paciente se expone de forma prolongada a las sensaciones temidas sin emitir conductas de escape.
4. El número de sesiones terapéuticas oscila alrededor de diez.

En la exposición interoceptiva las sensaciones temidas se inducen de forma voluntaria y controlada

La **exposición interoceptiva** es un componente básico de los programas cognitivo-conductuales para el **pánico**. Simula los síntomas de un ataque para que el paciente los experimente en un **contexto controlado**: la **inducción controlada y repetida** de las sensaciones físicas, con ejercicios como la **hiperventilación intencional**, girar en una silla o correr en el sitio, debilita la respuesta emocional ante ellas. El paciente induce los síntomas varias veces al día hasta que apenas sienta ansiedad y aprende que esas señales internas no se asocian a ninguna amenaza. Una inducción involuntaria contradice el procedimiento.

1. Es un componente básico de los programas cognitivo-conductuales para el pánico.
2. Es la afirmación falsa: la inducción es intencional y controlada, no involuntaria.
3. El paciente repite la inducción de las sensaciones hasta que apenas siente ansiedad ante ellas.
4. El comentario de partida da alrededor de diez sesiones; el corpus no fija el número.

Ojo. Ninguna obra del corpus da el número de sesiones de la opción 4; el dato procede de Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 274, que 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. 8 (Díaz García), apdo. 5.3.5, págs. 407-408. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, pág. 233. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 274 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

118

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración | Revisar

Respuesta correcta: 2

Dentro de los factores comunes a las técnicas de tratamiento para el control de la activación ¿cuál es el factor más determinante de su eficacia?:

1. La distracción mental.
2. La práctica regular. ✓
3. La estimulación ambiental.
4. Incrementar el tono muscular.

La práctica regular es el factor que más determina la eficacia de las técnicas de relajación

El **entrenamiento en relajación** es un proceso de **aprendizaje gradual** en la reducción de la activación, según Díaz, Ruiz y Villalobos, y requiere condiciones como un lugar adecuado que **limite la estimulación externa**. En los cambios que describen figuran la **disminución del tono muscular** y la relajación muscular. Caballo recuerda que lograr un estado profundo de relajación es una habilidad que se aprende y requiere de la **práctica regular**, y los programas de tratamiento insisten en la práctica diaria entre sesiones.

1. La distracción mental no aparece entre los elementos del entrenamiento en relajación que describe el manual.
2. Lograr un estado profundo de relajación es una habilidad que requiere práctica regular.
3. Las técnicas de relajación limitan la estimulación externa; no la aumentan.
4. La relajación disminuye el tono muscular.

Ojo. Ninguna obra del corpus enumera los factores comunes de las técnicas de control de la activación ni dice que la práctica regular sea el más determinante; el dato procede de Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 203, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, apdos. 8-9, págs. 267-269. Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 12 (Andrasik y Rowan), pág. 417. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 203 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F14 · Técnicas de relajación y respiración. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

119

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración

Respuesta correcta: 3

Dentro de los posibles cambios producidos por las relajación del sistema nervioso autónomo NO se encuentra la:

1. Disminución de la frecuencia respiratoria.
2. Disminución de la frecuencia cardíaca.
3. Disminución en la producción de saliva. ✓
4. Disminución de la presión arterial.

La relajación reduce la frecuencia cardiaca, la respiratoria y la presión arterial

El cuadro de Díaz, Ruiz y Villalobos sobre los **cambios fisiológicos** durante la relajación incluye la **disminución de la intensidad y frecuencia del latido cardíaco**, la **disminución de la presión arterial** y cambios respiratorios con **disminución de la frecuencia**, aumento de la profundidad y regulación del ritmo. Estos cambios se deben al equilibrio entre la rama simpática y la **parasimpática**, que regula funciones de ahorro y reposo. La reducción de la salivación figura, en cambio, entre las respuestas fisiológicas asociadas al **estrés** en la tabla de Sandín que recoge Belloch 2008.

1. La disminución de la frecuencia respiratoria es uno de los cambios de la relajación.
2. La disminución de la frecuencia cardiaca es otro de esos cambios.
3. La reducción de la salivación figura entre las respuestas asociadas al estrés.
4. La disminución de la presión arterial también figura en el cuadro.

Ojo. El cuadro de Díaz, Ruiz y Villalobos no menciona la saliva; la clave se apoya en la tabla de respuestas al estrés de Belloch 2008, que incluye la reducción de la salivación. La lista con el aumento de la producción de saliva procede de Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 202, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, apdo. 8, pág. 267. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 1, tabla 1.5, pág. 25. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 202 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F14 · Técnicas de relajación y respiración. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

120 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

Según diversos metaanálisis, en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo la terapia cognitiva parece igual de eficaz que la exposición con prevención de respuesta:

1. En todos los casos
2. Al menos cuando la primera incluye experimentos conductuales. ✓
3. En ningún caso.
4. Si se acompaña de tratamiento con antidepresivos.

La terapia cognitiva con experimentos conductuales resulta comparable a la EPR en el TOC

Fonseca-Pedrero recoge que diversos **metaanálisis** y estudios controlados no muestran **diferencias entre la EPR y la terapia cognitiva** en el TOC, de modo que sus resultados son comparables, y matiza que el tratamiento cognitivo no deja de incluir exposición a los elementos del problema. Cruzado describe la terapia cognitiva del TOC como un tratamiento efectivo que modifica el significado de las obsesiones mediante **reestructuración cognitiva y experimentos conductuales**, y cuando se aplica como tratamiento principal usa las técnicas de EPR como **experimentos conductuales** para modificar las cogniciones disfuncionales.

1. Los manuales hablan de resultados comparables en general, sin extenderlo a todos los casos.
2. La terapia cognitiva que se compara con la EPR incluye experimentos conductuales.
3. Los metaanálisis no muestran diferencias entre ambas, así que no puede decirse que nunca sea igual de eficaz.
4. La equivalencia no se condiciona al uso de antidepresivos; la TCC con medicación no es mejor que la TCC con placebo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, apdos. 2.2-2.3, págs. 397-398. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Cruzado), pág. 473.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

121

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión

Respuesta correcta: 4

Respecto del tratamiento psicológico de la hipertensión arterial, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Los ejercicios de relajación muscular están contraindicados ya que pueden producir un empeoramiento en la presión arterial.
2. Las intervenciones psicológicas no han mostrado evidencia de su eficacia en la hipertensión arterial.
3. La terapia basada en imaginación es el tratamiento de elección para la hipertensión arterial.
4. La meditación trascendental puede reducir de manera significativa la presión arterial en pacientes hipertensos. ✓

La meditación trascendental reduce de forma significativa la presión arterial de los hipertensos

Amigo explica que los programas de **manejo del estrés** más efectivos para la hipertensión coinciden en el **entrenamiento en relajación muscular in vivo**, la **práctica diaria** de esas técnicas y su uso ante las situaciones estresantes de la vida diaria; en la revisión de Johnston fueron más eficaces que las condiciones control. Añade que un número creciente de estudios muestra que la **meditación trascendental** puede provocar reducciones significativas de la presión arterial en pacientes hipertensos y parece disminuir la mortalidad asociada; en el metaanálisis de Rainforth et al. (2007), solo ella reducía significativamente la presión arterial.

1. La relajación muscular in vivo forma parte de los programas más efectivos, no está contraindicada.
2. Los programas de manejo del estrés fueron más eficaces que las condiciones control y redujeron la presión arterial.
3. El manual no presenta la terapia basada en imaginación como tratamiento de elección; los programas eficaces se basan en la relajación muscular.
4. Es lo que recogen los estudios y metaanálisis que cita el manual.

Ojo. Amigo recuerda que algunos autores (Ospina et al., 2007; Canter y Ernst, 2004) piden mejorar la calidad metodológica de estos estudios antes de aceptar plenamente la técnica. La 4.ª ed. de Amigo no conserva la paginación impresa, así que se cita por apartado; el texto se ha comprobado sobre la imagen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 13, apdo. 2.2.

Tema D12 · Trastornos cardiovasculares e hipertensión. Se estudia con Amigo (Base).

122 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad Revisar

Respuesta correcta: 2

En la terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Beck et al., 2005) se describen con detalle tres estrategias y técnicas especializadas de tipo cognitivo que son: los sondeos cognitivos, abordar los esquemas y:

1 Técnicas de flexibilización cognitiva.

2 Toma de decisiones. ✓

3 Los juegos de rol.

4 Empleo de evocación de imágenes.

La toma de decisiones completa las estrategias cognitivas de Beck para los trastornos de la personalidad

Según el comentario de partida, Beck et al. describen en la terapia cognitiva de los **trastornos de la personalidad** tres estrategias cognitivas: los **sondeos cognitivos**, el **abordaje de los esquemas** y la **toma de decisiones**, separadas de las técnicas conductuales y de las experienciales. Caballo recoge que, además de las técnicas cognitivas, esta terapia emplea la **representación de papeles**, la **imaginación** y el revivir las experiencias infantiles para desarrollar una visión más positiva de uno mismo y de los padres. Por eso el juego de roles y la evocación de imágenes no forman parte de las estrategias cognitivas.

1 La flexibilización cognitiva no figura entre las tres estrategias cognitivas que se describen.

2 Es la tercera estrategia cognitiva, junto con los sondeos cognitivos y el abordaje de los esquemas.

3 La representación de papeles se emplea además de las técnicas cognitivas.

4 La imaginación también se emplea además de las técnicas cognitivas.

Ojo. Ninguna obra del corpus enumera las tres estrategias cognitivas con la toma de decisiones. El dato procede de Beck, Freeman, Davis y cols. (2005), *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (Paidós), y de Belloch y Fernández-Álvarez (2010), *Tratado de trastornos de la personalidad* (Síntesis), pág. 321, que no están en el corpus ni en el resto de `C:\Drive`.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. y cols. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós (no está en el corpus). Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Pág. 321 (no está en el corpus). Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 16, pág. 537.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Caballo 1998 (Consulta).

123 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Teniendo en cuenta la sintomatología característica del trastorno esquizoide de la personalidad ¿qué componente terapéutico se incluye a menudo en su tratamiento psicológico?:

1 Exposición interoceptiva.

2 Técnicas de focalización en síntomas psicóticos.

3 Entrenamiento en habilidades sociales. ✓

4 Técnicas de mentalización.

El entrenamiento en habilidades sociales ayuda a mejorar las relaciones en el trastorno esquizoide

Caballo describe el **trastorno de la personalidad esquizoide** como un patrón profundo de **desapego social** con un rango limitado de expresión emocional. Si el paciente está motivado, las técnicas conductuales ayudan a disminuir el aislamiento social, y el **entrenamiento en habilidades sociales** (especialmente en grupo) y la **exposición graduada a tareas sociales** pueden mejorar y aumentar sus relaciones interpersonales. La modificación de los esquemas mediante terapia cognitiva es difícil, por la colaboración que exige, y las intervenciones cognitivas propuestas han sido vagas y poco explícitas.

1 La exposición interoceptiva no figura entre los componentes que se proponen para este trastorno.

2 Las técnicas centradas en síntomas psicóticos no figuran entre los procedimientos propuestos para el trastorno esquizoide.

3 El entrenamiento en habilidades sociales, sobre todo en grupo, es uno de los procedimientos que se proponen.

4 Las técnicas de mentalización no aparecen en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno esquizoide que recoge el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 16, apdo. II.1.2, págs. 513-514.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Caballo 1998 (Consulta).

124

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes es el tratamiento más eficaz para el trastorno límite de la personalidad:

1. Terapia dialéctica-conductual. ✓
2. Terapia psicoanalítica breve.
3. Terapia sistémica.
4. Terapia estratégica del yo.

La terapia dialéctica conductual tiene el mayor respaldo empírico en el trastorno límite

Fonseca-Pedrero presenta la **terapia dialéctica conductual (TDC)** de Linehan como una terapia de tercera generación diseñada específicamente para el **trastorno de la personalidad límite**. Cuenta con ensayos controlados, un metaanálisis y una revisión sistemática con efecto sobre los principales indicadores clínicos del trastorno. La TDC y la **terapia basada en la mentalización** reciben un **grado de recomendación A** y son, en este momento, las dos terapias con mayor respaldo científico sobre su eficacia en este trastorno.

1. Es una de las dos terapias con grado de recomendación A para el trastorno límite.
2. La terapia psicoanalítica breve no figura entre las psicoterapias especializadas con recomendación A.
3. La terapia sistémica tampoco aparece entre las terapias con mayor respaldo para el trastorno límite.
4. La terapia estratégica del yo no figura entre las psicoterapias revisadas para este trastorno.

Ojo. Las opciones no incluyen la terapia basada en la mentalización, que comparte con la TDC el grado de recomendación A (pág. 563).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdos. 2.1 y 3, págs. 555-557 y 563.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

125 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 3

El modelo trifásico de la respuesta sexual humana agrega el concepto de deseo y condensa la respuesta sexual en tres fases distintas pero fisiológicamente relacionadas: deseo, excitación y orgasmo. Este modelo fue descrito por:

1 William Masters y Virginia Johnson.

2 Rosemary Basson.

3 Hellen Singer Kaplan. ✓

4 Alfred Kinsey.

Kaplan añadió el deseo a las fases de Masters y Johnson

Masters y Johnson describieron, a partir de la observación directa y de medidas fisiológicas, cuatro fases en la respuesta sexual humana: **excitación, meseta, orgasmo y resolución**. **Helen Kaplan** propuso primero fusionar la excitación y la meseta y, más tarde, añadir la fase del **deseo**, más cognitiva que fisiológica. Belloch recoge que esa fase fue incorporada por Kaplan a las ya defendidas por Masters y Johnson. **Basson** (2000) representó en un modelo nuevo la respuesta sexual femenina, en la que deseo y excitación pueden darse simultáneamente, y **Kinsey** obtuvo datos sobre el comportamiento sexual mediante entrevistas.

1 Masters y Johnson describieron cuatro fases, sin la del deseo.

2 Basson propuso un modelo de la respuesta sexual femenina en el que deseo y excitación pueden darse a la vez.

3 Kaplan añadió la fase del deseo a las de Masters y Johnson.

4 Kinsey estudió el comportamiento sexual mediante entrevistas, con un enfoque más bien sociológico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 444-445. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 22, pág. 538.

EN EL ATLAS

Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Penadés (Ampliación).

126

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 4

De las siguientes alternativas de tratamiento ¿cuál de ellas ha mostrado una mayor eficacia en la reducción del número de agresores sexuales reincidentes?:

1. Castración química con fármacos que reducen la producción o captación celular de testosterona.
2. Tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).
3. Tratamiento farmacológico bien con antiandrógenos o bien con ISRS junto con psicoterapia psicoanalítica.
4. Tratamiento farmacológico bien con antiandrógenos o bien con ISRS junto con psicoterapia cognitivo-conductual. ✓

Combinar el tratamiento antiandrogénico con terapia cognitivo-conductual reduce las recaídas

Caballo y colaboradores señalan que el principal problema de la **castración química** con antiandrógenos es la elevada **tasa de recaídas** al dejar el fármaco. Como alternativa de gran eficacia recogen el empleo conjunto de tratamientos biológicos y psicológicos: la **terapia hormonal antiandrogénica** combinada con un **tratamiento cognitivo-conductual** permite reducir gradualmente el fármaco a medida que el sujeto aprende técnicas de **autocontrol** de sus impulsos, y así disminuyen las recaídas. El programa de la tabla 24.14 incluye la reducción de la excitación sexual inadecuada mediante castración química (ISRS, antiandrógenos) o terapias psicológicas.

1. La castración química sola tiene una elevada tasa de recaídas cuando se deja el fármaco.
2. El manual no recoge los ISRS por sí solos como el tratamiento más eficaz.
3. La combinación que recoge el manual es con tratamiento cognitivo-conductual.
4. Es la combinación de tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual que reduce las recaídas.

Ojo. El comentario de partida cita la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2003), pág. 202, con el metaanálisis de Gallagher et al. (1999), que no está en el corpus. El corpus habla de recaídas en los trastornos parafílicos en general, no de reincidencia de agresores sexuales con cifras.

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. 24, pág. 788. 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. 202 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Caballo no es fuente de este tema.

127 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 2

Para superar las recaídas, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión principalmente promueve que los pacientes:

1. Se distraigan o evitan los estados de tristeza o infelicidad.
2. Aprendan a reducir la probabilidad de que se reinstale la rumia o pensamiento rumiador, en los momentos en que incrementa la disforia o ánimo bajo. ✓
3. Aprendan a llevar a cabo más actividades agradables y eviten o escapen de las desagradables.
4. Se conviertan en buenos o excelentes meditadores en la tradición budista.

La MBCT enseña a evitar que la rumiación se reactive cuando baja el ánimo

Segal, Williams y Teasdale (2002) diseñaron la **terapia cognitiva basada en mindfulness** para responder a la alta prevalencia de **recaídas** en la depresión. Partieron de la **hipótesis de activación diferencial** de Teasdale, según la cual un descenso del ánimo reactiva patrones de pensamiento disfuncionales en personas previamente deprimidas, y del estilo de respuesta **rumiante**. Combinan la conciencia plena con el abordaje cognitivo para que el paciente tome conciencia de cuándo se acerca a cambios de humor peligrosos, **debilite la rumiación** y se **descentre** de los patrones automáticos que traen los estados de ánimo negativos.

1. La MBCT propone aceptar conscientemente pensamientos, sensaciones y sentimientos, en lugar de distraerse de ellos o evitarlos.
2. Es su objetivo: debilitar la rumiación cuando aparecen cambios de humor peligrosos.
3. Las metas del programa MBCT no incluyen programar actividades agradables ni escapar de las desagradables.
4. El programa busca prevenir recaídas; formar meditadores de tradición budista no es su meta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10, págs. 526-528.

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

Respuesta correcta: 3

En el manual de "Terapia Cognitiva de la Depresión" de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se proponen una serie de pautas específicas para el tratamiento cognitivo. Señale la opción INCORRECTA:

1. Conocer el "paradigma personal" del paciente, esto es, su visión de sí mismo, de su problema, del mundo y del futuro.
2. Evitar "etiquetar" al paciente y hacer juicios de valor.
3. Explicar al paciente su conducta contraproducente en base a los "deseos infantiles" o inconscientes, aportando una interpretación motivacional de su conducta. ✓
4. Emplear las preguntas como instrumento terapéutico.

Beck prohíbe explicar la conducta del paciente por deseos infantiles o inconscientes

En el capítulo 4 de *Terapia cognitiva de la depresión*, Beck, Rush, Shaw y Emery enumeran las **pautas específicas para el terapeuta**: conocer el **paradigma personal** del paciente, **evitar etiquetarlo** y hacer juicios de valor, evitar la conducta contraproducente a **deseos inconscientes**, ajustar el nivel de actividad, **emplear las preguntas como instrumento terapéutico**, preferirlas a discutir o sermonear y emplear el humor con prudencia. El terapeuta jamás debe explicar la conducta contraproducente del paciente por «deseos infantiles», porque en la terapia cognitiva el factor dominante es la visión que el paciente tiene de sí mismo, de su vida y del futuro.

1. Conocer el paradigma personal del paciente es la primera de las pautas.
2. Evitar etiquetar al paciente y hacer juicios de valor es otra de las pautas.
3. Es la afirmación incorrecta: el terapeuta jamás debe explicar la conducta contraproducente por deseos infantiles.
4. Emplear las preguntas como instrumento terapéutico es una pauta, coherente con el descubrimiento guiado.

Ojo. El manual de Beck et al. no está en el corpus del Atlas; se ha leído en la 19.ª ed. española localizada fuera del corpus, en `C:\Drive`. El descubrimiento guiado con preguntas lo recoge Díaz, Ruiz y Villalobos (cap. 8, pág. 409).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión (19.ª ed.). Desclée de Brouwer. Cap. 4, págs. 65-70 (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. 8, pág. 409.

EN EL ATLAS
Tema F19. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

129

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 3

En el marco de la Activación Conductual (p.ej. Martell):

1. Se debe comenzar con actividades que no hayan formado parte del repertorio de la persona.
2. Se deben estructurar las actividades del paciente de acuerdo a su estado de ánimo.
3. Se deben priorizar las actividades que supongan un reforzamiento natural. ✓
4. El cambio resulta más difícil si se empieza poco a poco.

La activación conductual empieza por actividades que el entorno refuerza de forma natural

Para la **activación conductual** (AC), cambiar los sentimientos exige cambiar la forma de actuar, y se actúa «de fuera a dentro» siguiendo un plan. Rodríguez Morejón da varias ideas para elegir las primeras tareas: empezar por algo pequeño y fácil, partir de actividades que la persona ya hace y elegir las que conllevan **refuerzos naturales** (ejercicio físico, compartir con seres queridos), que son especialmente adecuadas como primer paso. Díaz, Ruiz y Villalobos lo formulan como un incremento de **conductas abiertas** que ponen a la persona en contacto con **contingencias ambientales reforzantes**, conductas con alta probabilidad de ser reforzadas por el contexto.

1. El manual aconseja lo contrario: una buena idea es empezar por actividades que la persona ya está haciendo e incrementar su frecuencia o duración.
2. En la AC hay que actuar para estar bien y no esperar a estar bien para hacer cosas, siguiendo un plan en vez de dejarse llevar por el estado emocional de cada momento.
3. Las actividades que conllevan refuerzos naturales son, según Rodríguez Morejón, especialmente adecuadas como primer paso.
4. El plan es gradual: se empieza por algo pequeño y fácil y se aumenta el nivel de actividad conforme la persona progresa. Fonseca añade que las actividades se incorporan de forma progresiva, por moldeamiento o encadenamiento.

> **Para fijarlo.** Primero lo pequeño, lo que ya se hacía y lo que el entorno premia solo; el ánimo llega después de la conducta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 13, págs. 256-258. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 590-591. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 313-314.

EN EL ATLAS

Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación) y Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 118

130 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 2

Si aplicamos a un paciente con depresión el módulo de “re-evaluación cognitiva” del “protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales” de Barlow et al. ¿cuál debería ser su objetivo en relación con los “errores del pensamiento”?:

1. Reemplazar los pensamientos erróneos por otros más realistas.
2. Incrementar la flexibilidad en la valoración de las situaciones. ✓
3. Reparar las formas erróneas de pensar que presente el paciente.
4. Llevar la exposición de las emociones al mundo real.

La reevaluación cognitiva del protocolo unificado busca pensar con más flexibilidad

En el **protocolo unificado** (PU) de Barlow, el módulo de evaluación y reevaluación cognitiva parte de que los **errores de pensamiento** mantienen los círculos de respuesta emocional porque reducen la flexibilidad de pensamiento. El manual del terapeuta lo dice expresamente: el objetivo de la reevaluación cognitiva es **incrementar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones**; reemplazar pensamientos malos o «arreglar» las maneras erróneas de pensar queda expresamente fuera. La interpretación automática puede «coexistir» con otras posibles. La tabla 6.1 del manual de Fonseca titula el módulo 4 **flexibilidad cognitiva** y le da como objetivo aprender a ser más flexible en la manera de pensar.

1. El manual del PU descarta de forma explícita que el objetivo sea reemplazar pensamientos malos; las interpretaciones automáticas pueden convivir con otras.
2. Es el objetivo que el manual del terapeuta asigna a la reevaluación cognitiva.
3. El manual dice que el problema de estas evaluaciones automáticas no es que sean formas «malas» o «erróneas» de pensar, y que no se trata de «arreglarlas».
4. Llevar la exposición a las emociones es el contenido de otro módulo, el de exposiciones emocionales (módulo 7 en la tabla 6.1 de Fonseca).

Ojo. La frase literal del objetivo está en el manual del terapeuta de Barlow et al. (2015), que no figura entre las fuentes del Atlas (está en la carpeta «Manuales de Autores» del área C). La Base del tema, Fonseca Adultos, recoge el mismo objetivo con otras palabras.

Trampa. Las opciones 1 y 3 describen la reestructuración cognitiva clásica; el PU se separa de ella de forma explícita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Barlow, D. H. et al. (2015). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta. Alianza Editorial. Cap. 9 (Módulo 4. La evaluación y reevaluación cognitiva), apdo. 5, pág. 89 de la edición digital. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 207-208.

EN EL ATLAS: Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Barlow et al. no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

131 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 2

Según la Terapia Cognitiva de Beck los pacientes con depresión suelen dar demasiada importancia a los fracasos y acontecimientos negativos que les ocurren, excluyendo otros sucesos positivos ¿cómo se denomina esta distorsión cognitiva?:

1. Sobre-generalización.
2. Abstracción selectiva. ✓
3. Catastrofismo.
4. Pensamiento dicotómico.

Fijarse solo en lo negativo y dejar fuera lo positivo es abstracción selectiva

Beck (1967) identificó en los pacientes depresivos seis distorsiones, entre ellas la **abstracción selectiva**. La tabla 1 del manual de Díaz, Ruiz y Villalobos la define como el proceso de **focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa**, magnificando su importancia y poniendo así toda la situación en un contexto negativo («Soy un desastre. He perdido el paraguas»). Es lo que describe el enunciado: dar demasiada importancia a los fracasos y dejar fuera los sucesos positivos. Las demás opciones son otras distorsiones de la misma tabla, definidas por un proceso distinto.

1. La **sobregeneralización** consiste en extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.
2. Es la distorsión que se centra en un aspecto o detalle negativo y pone toda la situación en un contexto negativo.
3. El catastrofismo es el proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.
4. El pensamiento dicotómico es la tendencia a colocar las experiencias en categorías que solo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).

Para fijarlo. Abstraer es quedarse con una parte: el paraguas perdido tapa todo el día.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, tabla 1, págs. 393-395.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

132

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 1

En una investigación se ha concluido que existe relación entre las variables estudiadas, basándose en el resultado obtenido en la prueba de hipótesis nula. Sin embargo, constatamos que dicha relación no existe en la población. Según este enunciado … (señale la afirmación correcta):

1. Se ha cometido un error de tipo I. ✓
2. Se ha cometido un error de tipo II.
3. La potencia de la prueba es baja.
4. El valor de p obtenido en la prueba de hipótesis nula es superior a 0,05.

Concluir que hay relación cuando en la población no la hay es cometer un error tipo I

Maciá et al. llaman **error tipo I** al que supone **rechazar una hipótesis nula cuando en realidad es verdadera**; su probabilidad es α, el nivel de significación que el investigador fija a priori. El **error tipo II** es aceptar una hipótesis nula que es falsa, con probabilidad β, y su complementario (1 − β) es la **potencia del contraste**. En el enunciado se ha concluido que hay relación entre las variables, es decir, se ha rechazado la hipótesis nula de no relación, y la relación no existe en la población. Se ha rechazado una H_0 verdadera.

1. Rechazar la hipótesis nula de no relación cuando es verdadera en la población es la definición de error tipo I.
2. El error tipo II supone aceptar la hipótesis nula cuando es falsa, y aquí la hipótesis nula se rechazó.
3. La potencia es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa; una potencia baja se asocia al error tipo II.
4. Con un nivel crítico p mayor que 0,05 no se habría rechazado la hipótesis nula y no se habría concluido que hay relación.

CUADRO 1.3. DECISIONES SOBRE LA HIPÓTESIS NULA

Decisión sobre H_0 / Naturaleza de H_0	Verdadera	Falsa
No rechazar	Decisión correcta. Nivel de confianza 1−α	Decisión errónea. Error tipo II β
Rechazar	Decisión errónea. Error tipo I α	Decisión correcta. Potencia del contraste 1−β

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

Trampa. Concluir que «hay relación» equivale a rechazar la hipótesis nula; el error se clasifica por lo que se decidió sobre H_0 y por lo que ocurre en la población.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, apdo. 1.4.3.2 y cuadro 1.3, págs. 43-44.

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

133

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 3

El Coeficiente Alfa de Cronbach puede considerarse como:

1. El límite superior del coeficiente de fiabilidad.
2. Equivalente al índice de fiabilidad.
3. El límite inferior del coeficiente de fiabilidad. ✓
4. La correlación entre los ítems pares e impares del test.

El coeficiente alfa estima el límite inferior del coeficiente de fiabilidad

Muñiz demuestra que **α es menor o igual que el coeficiente de fiabilidad** (ρXX′), y que es igual cuando los ítems son **paralelos, tau equivalentes o esencialmente tau equivalentes**. Por tanto, α puede considerarse una estimación del **límite inferior del coeficiente de fiabilidad** de un test. Se han propuesto otros índices con el mismo papel, como el δ3 de Guttman, que Lord y Novick recomiendan porque, a diferencia de α, siempre es positivo.

1. α es menor o igual que el coeficiente de fiabilidad, así que lo acota por abajo y no por arriba.
2. El índice de fiabilidad es la correlación entre las puntuaciones empíricas y las verdaderas, igual a la raíz cuadrada del coeficiente de fiabilidad.
3. α puede considerarse una estimación del límite inferior del coeficiente de fiabilidad.
4. La correlación entre ítems pares e impares corresponde al método de las dos mitades, que después se corrige con la fórmula de Spearman-Brown.

Para fijarlo. Alfa nunca promete más fiabilidad de la que hay: como mucho, la iguala cuando los ítems son paralelos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, págs. 26-28 y 40.

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

134

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal

Respuesta correcta: 3

En relación con la Psicoterapia Interpersonal para la Depresión, indique la respuesta correcta:

1. Se estructura en 5 fases.
2. No ha sido comparada en ensayos clínicos aleatorizados con otros tratamientos de probada eficacia para la depresión.
3. Procura que el paciente asuma el "papel de enfermo". ✓
4. Se centra principalmente en los problemas interpersonales que la persona ha tenido en su infancia.

La terapia interpersonal coloca al paciente deprimido en el rol de enfermo

En la **terapia interpersonal** (TI), el terapeuta es un experto que coloca al cliente en **«rol de enfermo»** y se presenta en una posición psicoeducativa, a la vez que cuida la relación. En las sesiones iniciales se nombra explícitamente la depresión y se le explica su «rol de paciente»: que tiene una enfermedad, que no es algo de lo que deba sentirse culpable y que tendrá que seguir las pautas que se le den. El tratamiento está muy estructurado, dura entre 12 y 20 sesiones y tiene **tres fases** (inicial, intermedia y final). El cambio se hace en la **situación presente**, con las relaciones actuales.

1. La TI tiene tres fases: inicial, intermedia y final.
2. La TI se incorporó al ensayo del NIMH, donde se comparó con la terapia cognitiva y la medicación, y se mostró eficaz y equivalente a los antidepresivos incluso en pacientes graves (Fonseca).
3. El terapeuta coloca al cliente en el rol de enfermo y le explica su rol de paciente en las sesiones iniciales.
4. El cambio se hace en la situación presente, con las relaciones actuales; los cuatro focos (duelo, disputas, transiciones de rol y déficits) son problemas interpersonales actuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 30, págs. 491-493.
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. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2024 · n.º 115, PIR 2025 · n.º 114

135

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes enunciados es verdadero en relación con la Activación Conductual aplicada al tratamiento de la Depresión?:

1. Trata de cambiar en el corto plazo las reacciones emocionales del paciente (tristeza, desánimo, desinterés, etc.)
2. Abandona completamente el objetivo de cambiar las emociones del paciente.
3. Pretende que cambien las emociones para producir un cambio en la conducta.
4. Ve necesaria a corto plazo la aceptación de las emociones del paciente. ✓

La activación conductual acepta las emociones y actúa con independencia del estado de ánimo

Vallejo describe como esenciales en la **activación conductual** el análisis funcional, la **aceptación** y la puesta en marcha de planes de acción ajustados a los valores del paciente, **con cierta independencia del estado de ánimo**. Se insta al paciente a estar activo según un plan, aunque no le apetezca, y si es preciso se actúa en contra de las emociones; las conductas de evitación se reducen con la aceptación y el afrontamiento de la condición aversiva. Díaz, Ruiz y Villalobos añaden que la AC persigue una filosofía de vida basada en la **aceptación del malestar**, mientras la mejoría del estado de ánimo llega en paralelo al cambio de conducta.

1. La AC no intenta cambiar primero las reacciones emocionales: se actúa según un plan aunque no apetezca, y la mejoría del estado de ánimo llega en paralelo al aumento de conductas reforzadas.
2. No abandona ese objetivo: la AC busca que, a la vez que aumentan las conductas reforzadas, se produzca una mejoría de los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida.
3. Invierte la secuencia de la AC, que modifica la forma de actuar para transformar los sentimientos.
4. La aceptación es uno de los elementos esenciales de la AC, junto al análisis funcional y los planes de acción.

Para fijarlo. Se acepta el desánimo de hoy y se cumple el plan igualmente; el ánimo sigue a la conducta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 2, págs. 47-48. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 590-591. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 13, pág. 256.

EN EL ATLAS

Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Vallejo Adultos no es fuente de este tema. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Rodríguez Morejón (Ampliación).

136

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los repertorios conductuales en los que habitualmente se centra la Terapia de Habilidades Sociales para el tratamiento de la depresión? (Becker, Heimberg y Bellack):

1. Aserción negativa, aserción positiva y habilidades de conversación. ✓
2. Aserción positiva, habilidades de conversación y comunicación no verbal.
3. Aserción negativa, habilidades de conversación y comunicación no verbal.
4. Aserción positiva, aserción negativa y disco rayado.

El entrenamiento en habilidades sociales para la depresión trabaja aserción negativa, aserción positiva y conversación

Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger describen el programa de **Becker, Heimberg y Bellack**, que parte de que buena parte de los refuerzos positivos de la vida adulta son interpersonales. Se centra en tres repertorios conductuales especialmente relevantes para las personas deprimidas: la **aserción negativa** (defender los propios derechos y actuar según los propios intereses), la **aserción positiva** (expresar afecto, aprobación, alabanza o aprecio, y presentar disculpas apropiadas) y las **habilidades de conversación**. Se aplica en 12 sesiones semanales, seguidas de seis a ocho de mantenimiento. La guía de tratamientos eficaces recoge el mismo programa de 12 sesiones con las tres clases de conductas.

1. Son los tres repertorios del programa.
2. Falta la aserción negativa, y la comunicación no verbal no figura entre los tres repertorios.
3. Falta la aserción positiva, y la comunicación no verbal no es uno de los repertorios.
4. El disco rayado no figura entre los tres repertorios del programa, y faltan las habilidades de conversación.

Ojo. La Base del tema C14 (Fonseca Adultos, cap. 9) no describe este programa. Lo recogen la Consulta del tema (Guía I, cap. 5) y Caballo (2002), que es la única obra del corpus que lo atribuye a Becker, Heimberg y Bellack.

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. 16 (Tratamiento conductual de la depresión unipolar, Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger), págs. 512-513. 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 (Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión), apartado de terapia de conducta (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Caballo 2002 no es fuente de este tema. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

137 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

Los objetivos de los tratamiento psicosociales para el trastorno bipolar pueden incluir, todos los siguientes, EXCEPTO:

1. Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos o pródromos.
2. Poder llegar a reemplazar el tratamiento farmacológico. ✓
3. Mejorar el funcionamiento entre episodios.
4. Mejorar la adherencia a la farmacoterapia.

El tratamiento psicológico del trastorno bipolar complementa la medicación sin sustituirla

Según la guía de práctica clínica que recoge el manual de Fonseca, en el trastorno bipolar las intervenciones psicológicas **deberían realizarse siempre de forma complementaria al tratamiento farmacológico** y dirigirse a personas estabilizadas o con sintomatología leve o moderada. Ramírez-Basco y Thase lo dicen así: la TCC de la fase de mantenimiento **amplifica, no reemplaza**, el control farmacológico. Entre los objetivos de la tabla 10.1 de Fonseca están **mejorar la adherencia a la medicación**, entrenar la **detección temprana de los pródromos** y mejorar el funcionamiento psicosocial y ocupacional.

1. Entrenar la detección temprana e intervención ante los primeros signos de alarma (pródromos) es uno de los objetivos de la tabla 10.1.
2. Es el único que no es un objetivo: las intervenciones psicológicas son siempre complementarias al tratamiento farmacológico.
3. Mejorar el funcionamiento psicosocial y ocupacional es un objetivo de la tabla 10.1, y el NICE incluye a las personas con síntomas persistentes entre episodios.
4. Mejorar la adherencia a la medicación encabeza la tabla 10.1.

TABLA 10.1. PRINCIPALES OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES (MODIFICADO DE REINARES ET AL., 2019)

Objetivo
Mejorar la adherencia a la medicación.
Entrenar en estrategias de afrontamiento y manejo del estrés ante eventos negativos.
Mejorar las actitudes negativas, mitos, etc. frente al trastorno.
Educar en aspectos relacionados con el trastorno y su tratamiento.
Evitar/reducir el consumo de sustancias (p. ej., alcohol, tabaco, cocaína).
Entrenar la detección temprana e intervención ante los primeros signos de alarma (pródromos).
Reemplazar el autoestigma por aceptación y compromiso.
Enseñar estrategias de autorregulación.
Mejorar el funcionamiento cognitivo.
Mejorar el funcionamiento psicosocial y ocupacional.
Mejorar la calidad de vida y el bienestar.
Mejorar las competencias sociales.
Establecer o estabilizar los hábitos y el ritmo de sueño-vigilia.
Mejorar el autocuidado.
Promocionar hábitos de vida saludables.
Mejorar el entorno y la comunicación familiar (p. ej., reducir interacciones verbales negativas).
Fomentar el compromiso con roles sociales, familiares y ocupacionales.

Fuente: Fonseca-Pedrero (coord.) (2021), Adultos, cap. 10, tabla 10.1, pág. 336

Trampa. Pregunta con EXCEPTO: tres opciones son objetivos reales y la falsa es la que pone la psicoterapia en lugar de la medicación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, tabla 10.1, págs. 336-338. Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 18 (Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares, Ramírez-Basco y Thase), pág. 585.

EN EL ATLAS: Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

138

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Todas las siguientes alternativas constituyen tratamientos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo, EXCEPTO una. Señala cuál:

1. Exposición con prevención de respuesta.
2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
3. Terapia Cognitiva del TOC.
4. Detención del pensamiento. ✓

La detención del pensamiento no figura entre los tratamientos eficaces del TOC

Fonseca recuerda que los primeros acercamientos conductuales al TOC fueron limitados: la **detención del pensamiento** y otros procedimientos basados en el control de contingencias solo fueron útiles en un reducido porcentaje de individuos, menor del 50 % (Stern, 1978). Hoy el tratamiento psicológico de elección es la **TCC**, que incluye básicamente la **exposición con prevención de respuesta** (EPR) y elementos cognitivos. La **terapia cognitiva** se considera tratamiento probablemente eficaz, y los **inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina** son el principal tratamiento psicofarmacológico. Cruzado (en Vallejo) solo admite la detención del pensamiento para impedir la neutralización, nunca para la obsesión.

1. La EPR es el núcleo de la TCC del TOC y su eficacia está ampliamente aceptada desde los años sesenta.
2. Los ISRS son el principal tratamiento psicofarmacológico del TOC.
3. La terapia cognitiva del TOC se considera tratamiento probablemente eficaz.
4. La detención del pensamiento fue útil solo en un reducido porcentaje de pacientes y no figura entre los tratamientos eficaces.

Ojo. Fonseca clasifica la terapia cognitiva del TOC como probablemente eficaz y no como bien establecida (pág. 399); aun así, es la opción 4 la que el manual presenta como poco útil.

Trampa. Pregunta con EXCEPTO: la técnica que falla es antigua y conductual, y por eso puede parecer una variante válida de la EPR.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 394-395 y 399-400. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), pág. 492.

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

139

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes sería un objetivo terapéutico en la primera sesión propiamente de tratamiento del trastorno de ansiedad por enfermedad? (Salkovskis y Warwick) :

1 Limitar o bloquear las conductas que el paciente realiza en relación a sus síntomas somáticos como la auto-inspección o la búsqueda de información tranquilizadora.

2 Proponer al paciente la hipótesis de que se trate de un problema de ansiedad, como alternativa a las hipótesis de la existencia de un trastorno orgánico. ✓

3 Cuestionar verbalmente las interpretaciones negativas de los síntomas somáticos del paciente.

4 Implicar a los familiares en el tratamiento, indicándoles cómo actuar frente a las demandas de tranquilización que hace su familiar.

La primera sesión de tratamiento de la hipocondría propone la hipótesis alternativa de un problema de ansiedad

Botella y Martínez describen el programa de **Warwick y Salkovskis**, que empieza por la **obtención del compromiso del paciente**: se le propone considerar durante un tiempo limitado (unos cuatro meses) que sus síntomas no son señal de una enfermedad grave (antigua hipótesis) sino de un **problema de ansiedad** (nueva hipótesis), que podrá someter a prueba. En su aplicación, la agenda de la **1.ª sesión** de tratamiento consiste en plantear la hipótesis del paciente («trastorno orgánico») y **proponer una nueva hipótesis alternativa** («problema de ansiedad»), con psicoeducación sobre la ansiedad. La reatribución de los síntomas y el cambio de las conductas desadaptativas son elementos posteriores del programa.

1 La prevención de la verificación corporal y de la búsqueda de información tranquilizadora forma parte del cambio de las conductas desadaptativas, un elemento posterior del programa.

2 Es el contenido de la primera sesión: frente a la hipótesis de trastorno orgánico se propone la de un problema de ansiedad.

3 Modificar las interpretaciones negativas de los síntomas corresponde a la reatribución, que llega después de obtener el compromiso del paciente.

4 La retirada de la atención a las preguntas y comentarios sobre los síntomas también forma parte del cambio de conductas, posterior a la formulación del modelo.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 15) no describe el programa de Warwick y Salkovskis. Lo detalla Caballo (2002), con la estructura de sesiones de Botella y Martínez; Penadés (cap. 16), Ampliación del tema, propone otro programa de 15 sesiones que empieza por validar la experiencia del paciente.

Para fijarlo. Antes de discutir un solo síntoma, el paciente acepta probar durante unos meses otra explicación: la ansiedad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 12 (Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría, Botella y Martínez), págs. 367-368 y 374-376.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Cuál sería el modo más adecuado de llevar a cabo un programa de exposición para los pensamientos obsesivos en un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo?:

1. Exponer al paciente a las situaciones temidas, empezando con el pensamiento obsesivo menos perturbador y siguiendo con los más perturbadores. ✓
2. Exponer al paciente a las situaciones temidas, empezando con el pensamiento obsesivo más perturbador y siguiendo con los más perturbadores.
3. Exponer al paciente alternativamente a un pensamiento obsesivo muy perturbador y a otro poco perturbador.
4. Exponer al paciente sólo al pensamiento obsesivo más perturbador y esperar un efecto de generalización a los menos perturbadores.

La exposición a las obsesiones empieza por la escena menos perturbadora y sigue en orden ascendente

En el capítulo de Cruzado del manual de Vallejo, la **exposición en imaginación** se dirige sobre todo a los pensamientos de consecuencias catastróficas. Se recomienda preparar cinco escenas **jerarquizadas en orden de ansiedad creciente**, empezando por el nivel de 40-50 USAs. **La escena menos perturbadora se presenta en la primera sesión**; cuando el paciente se ha habituado a ella se introduce la siguiente y se sigue el **orden ascendente** hasta que la última deja de provocar ansiedad. Para la autoexposición se da el mismo principio general: comenzar con una tarea que provoque malestar moderado y cuyo cumplimiento sea reforzante.

1. Es el procedimiento del manual: de la escena menos perturbadora a la más perturbadora, en orden ascendente.
2. La jerarquía no se inicia con la escena más perturbadora: la primera sesión trabaja la menos perturbadora.
3. El manual no alterna escenas de distinto nivel; cada escena se mantiene hasta que el paciente se habitúa y entonces se pasa a la siguiente.
4. Se exponen todas las escenas de la jerarquía, una tras otra; la escena más perturbadora se aborda hacia el final (en torno a la sexta sesión).

Ojo. En el entrenamiento en habituación para las obsesiones sin compulsiones manifiestas, el manual señala que, tras habituarse a uno o dos pensamientos, suele producirse una generalización a otros (pág. 492). No dice que deba elegirse el más perturbador, que es lo que plantea la opción 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), apdo. 6.1.5, págs. 485-486; págs. 490 y 492.

EN EL ATLAS

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

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Qué modalidad de tratamiento emplearíamos para trabajar con un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, si sus obsesiones son del tipo: “atropellar a un peatón”, “estrellarse con el coche” o “agredir a otra persona”?:

1 Exposición en vivo con prevención de respuesta.

2 Exposición en imaginación con prevención de respuesta. ✓

3 Únicamente prevención de respuesta.

4 Detención del pensamiento.

Las obsesiones de causar un daño catastrófico se exponen en imaginación, con prevención de respuesta

Según Cruzado, la **exposición en imaginación** debe incluirse cuando el miedo obsesivo se compone de imágenes mentales más que de sucesos externos, cuando el paciente teme **catástrofes futuras** si no ritualiza (porque **las catástrofes solo se pueden exponer en imaginación**) y cuando la exposición en vivo no da acceso completo a las obsesiones. Atropellar a un peatón, estrellarse o agredir a alguien son consecuencias que no pueden provocarse en vivo. La exposición se combina con la **prevención de respuesta**, el otro componente esencial de la EPR. Fonseca añade que añadir la exposición en imaginación mejora los resultados a largo plazo en quienes temen las consecuencias de sus obsesiones.

1. La exposición en vivo no es posible cuando lo temido es una catástrofe como atropellar o agredir a alguien.
2. Es la modalidad indicada: las catástrofes temidas solo se pueden exponer en imaginación, y la EPR exige además prevenir la respuesta.
3. La prevención de respuesta sola es menos eficaz: en el estudio de Foa et al. (1984), los componentes aislados mejoraron un 25-29 % frente al 63 % de la EPR completa.
4. La detención del pensamiento fue útil solo en un reducido porcentaje de pacientes con TOC, y Cruzado la reserva para bloquear la neutralización, nunca para la obsesión.

Para fijarlo. Lo que no se puede provocar en la calle se ensaya en la imaginación, y sin ritual al final.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), apdo. 6.1.5, págs. 485-486; pág. 492. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 394-396.

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

142

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el trastorno mental que más frecuentemente aparece de forma comórbida con la bulimia nerviosa?:

1. El trastorno del estado de ánimo. ✓
2. El trastorno por estrés postraumático.
3. La dependencia de sustancias.
4. El trastorno de pánico.

Los trastornos del estado de ánimo son la comorbilidad que más destaca el DSM-5 en la bulimia

El DSM-5 señala que la comorbilidad es frecuente en la **bulimia nerviosa** y que la mayoría de las personas presenta al menos otro trastorno mental. Destaca el aumento de síntomas depresivos y de **trastornos depresivos y bipolares**, en particular depresivos, que suelen iniciarse al mismo tiempo o después de la bulimia. Cita a continuación los síntomas y trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias (al menos un 30 % a lo largo de la vida) y los trastornos de la personalidad, sobre todo el **límite**. Belloch insiste en la estrecha relación entre bulimia y **depresión**.

1. Los trastornos del estado de ánimo, sobre todo los depresivos, encabezan la comorbilidad que describe el DSM-5.
2. El DSM-5 no incluye el trastorno de estrés postraumático entre las comorbilidades que describe para la bulimia.
3. El consumo de sustancias, sobre todo de alcohol o estimulantes, es frecuente (al menos un 30 % a lo largo de la vida), pero el DSM-5 lo cita después del estado de ánimo y la ansiedad.
4. El DSM-5 menciona los síntomas y trastornos de ansiedad en general, sin destacar el trastorno de pánico ni situarlo por delante del estado de ánimo.

Ojo. El DSM-5 no da un orden con cifras: la primacía del estado de ánimo se desprende del orden y del énfasis del texto, que el DSM-5-TR mantiene. La etiqueta «trastorno del estado de ánimo» corresponde hoy a los capítulos de trastornos depresivos y de trastorno bipolar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, comorbilidad, págs. 349-350. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 410.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

143

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Podemos diferenciar una paciente con bulimia nerviosa de una con trastorno por atracón en que:

1. Las pacientes con trastorno por atracón ingieren mayor cantidad de comida que las pacientes con bulimia nerviosa en el episodio de atracón.
2. Las pacientes con bulimia nerviosa presentan menor sensación de falta de control sobre lo que ingieren durante episodio de atracón que las pacientes con trastorno por atracón.
3. Las pacientes con trastorno por atracón no llevan a cabo conductas compensatorias inapropiadas tres el episodio de atracón. ✓
4. Las pacientes con trastorno por atracón presentan un IMC mayor que las pacientes con bulimia nerviosa.

Las conductas compensatorias separan la bulimia nerviosa del trastorno de atracones

En el diagnóstico diferencial, el DSM-5 explica que el **trastorno de atracones** comparte con la **bulimia nerviosa** los atracones recurrentes, pero el comportamiento **compensatorio** recurrente inapropiado (purgas, ejercicio dirigido) de la bulimia está ausente en el trastorno de atracones. Añade que estas personas no suelen restringir intensamente la dieta entre atracones y que mejoran más con el tratamiento. El criterio E lo fija por definición: el atracón no se asocia a conductas compensatorias recurrentes, y esa ausencia es la que distingue a las dos pacientes.

1. Los criterios definen el atracón igual en los dos trastornos, por una cantidad claramente superior a la normal y la falta de control. Caballo describe atracones más largos y una tendencia a comer más en el trastorno de atracones, pero no como criterio diferencial.
2. La sensación de falta de control forma parte del atracón en ambos trastornos (criterio A2).
3. Es el criterio E del trastorno de atracones.
4. El IMC no forma parte de los criterios de ninguno de los dos. El trastorno de atracones aparece con peso normal, sobrepeso u obesidad, y la bulimia suele darse con peso normal o sobrepeso.

Ojo. Las opciones 1 y 4 no son absurdas fuera del DSM. Caballo señala que los atracones del trastorno de atracones suelen ser más largos y que estos pacientes tienden a comer más, y el trastorno se asocia al sobrepeso y la obesidad. Ninguno de esos datos es criterio diagnóstico, que es lo que permite diferenciarlos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, pág. 347; trastorno de atracones, págs. 350-352. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 21, pág. 673.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 200, PIR 2023 · n.º 201

144 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, el trastorno dismórfico corporal se considera:

1. Un trastorno de ansiedad.
2. Un trastorno relacionado con el espectro de los trastornos de síntomas somáticos.
3. Un trastorno disociativo.
4. Un trastorno relacionado con el espectro del trastorno obsesivo compulsivo. ✓

El DSM-5 sitúa el trastorno dismórfico corporal junto al TOC

El DSM-5 crea el capítulo de **trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados**, que incluye el TOC, el **trastorno dismórfico corporal**, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía, el trastorno de excoriación y las formas inducidas, debidas a otra afección médica, especificadas y no especificadas. Belloch explica que la publicación del DSM-5 supuso un cambio radical en la ubicación del dismórfico: hasta entonces estaba entre los **trastornos somatoformes** y pasó a la categoría **obsesivo-compulsiva**, recuperando los planteamientos de Janet, Kraepelin y Jaspers.

1. La ansiedad social es frecuente en el trastorno, pero el DSM-5 no lo incluye entre los trastornos de ansiedad.
2. Era su ubicación hasta el DSM-IV, entre los trastornos somatomorfos.
3. Los trastornos disociativos forman otro capítulo del DSM-5.
4. Es su capítulo desde el DSM-5.

> **Trampa.** La opción 2 es la ubicación antigua. En estas preguntas el distractor más tentador suele ser lo que decía la edición anterior.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, págs. 235 y 242. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 138.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 94, PIR 2023 · n.º 70, PIR 2020 · n.º 73

145

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

Una de las características psicopatológicas más frecuentes de los pacientes que presentan un trastorno de ansiedad por enfermedad es:

1. La elevada amplificación somatosensorial. ✓
2. La elevada tolerancia a la incertidumbre somática.
3. El rechazo de la información tranquilizadora.
4. Las creencias adaptativas sobre la salud: son “buenos pacientes”.

La amplificación somatosensorial es un rasgo frecuente de la ansiedad por enfermedad

Belloch define la **amplificación somatosensorial** como la tendencia a experimentar las sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras, con hipervigilancia hacia ellas y una predisposición a reaccionar con respuestas afectivas y cognitivas que las intensifican. Caballo et al. la describen, a partir de Barsky, en el trastorno de síntomas somáticos y en el **trastorno de ansiedad por enfermedad**, y recogen que hay pruebas sólidas del papel de las creencias disfuncionales sobre la salud y de la **elevada amplificación somatosensorial** en la hipocondría. Añaden la **escasa tolerancia a la incertidumbre somática** y la necesidad imperiosa de garantías de estar sano, que se traduce en comprobación y búsqueda de información tranquilizadora.

1. La elevada amplificación somatosensorial tiene, según el metaanálisis que cita el manual, un papel con pruebas sólidas en la hipocondría.
2. Estos pacientes muestran escasa tolerancia a la incertidumbre somática.
3. Buscan información tranquilizadora: exploran la zona afectada, preguntan a otros por sus experiencias somáticas o consultan enciclopedias médicas.
4. Lo característico son las creencias disfuncionales sobre la salud.

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. 17, págs. 549 y 552-553. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 303.

EN EL ATLAS

Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 149

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes programas de tratamiento psicosocial de la esquizofrenia contiene un módulo específico de entrenamiento en habilidades sociales?:

1. La terapia de Remediación Cognitiva (Wykes y Reeder, 2005).
2. La terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996).
3. La terapia de focalización (Slade, y Bentall, 1988).
4. La terapia psicológica integrada (IPT, Brenner et al., 1992). ✓

La terapia psicológica integrada incluye un subprograma de entrenamiento en habilidades sociales

La **terapia psicológica integrada** (IPT; Roder y cols.) es un programa grupal de orientación conductual para mejorar las habilidades cognitivas y sociales, con **cinco subprogramas**. Los tres primeros (diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal) forman el bloque de **rehabilitación cognitiva**; los dos últimos, **entrenamiento en habilidades sociales** y solución de problemas interpersonales, forman el bloque de **competencia social**. Los subprogramas están ordenados jerárquicamente, de las habilidades cognitivas básicas a la resolución de problemas interpersonales complejos. Los otros tres programas de la pregunta se dirigen a los déficits cognitivos o a los síntomas positivos.

1. La terapia de remediación cognitiva (CRT) de Wykes y Reeder se diseñó para corregir los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención.
2. La terapia cognitiva de Chadwick et al. trabaja sobre los delirios y las creencias sobre las voces (antecedentes, creencias y consecuencias, desafío de creencias), sin un módulo de habilidades sociales.
3. La terapia de focalización busca que el paciente atienda a las características, el contenido y las creencias sobre sus voces para reatribuirlas a sí mismo.
4. Su cuarto subprograma es el entrenamiento en habilidades sociales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, págs. 966 y 968. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 4 y tabla 1.5 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

147

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Respecto del tratamiento cognitivo-conductual para la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

1. La mayoría de programas de tratamiento cognitivo-conductual tienen una duración aproximada en torno a las 20 sesiones.
2. Su eficacia se ha demostrado de forma consistente tanto en la fase estable como en la fase aguda de la enfermedad. ✓
3. El tratamiento cognitivo-conductual ha mostrado eficacia básicamente sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia.
4. El tratamiento cognitivo-conductual figura entre los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia con mayor apoyo experimental.

La TCC para la esquizofrenia se mostró poco eficaz en la fase aguda

Vallina y Lemos concluyen en la guía de tratamientos eficaces que los tratamientos cognitivo-conductuales para los **síntomas positivos** (alucinaciones y delirios) son muy útiles en la fase prodrómica y en la intervención temprana, pero **poco eficaces en fases agudas** y complementarios a la medicación en fases de estabilización. Por eso es falsa la afirmación de que su eficacia se ha demostrado de forma consistente tanto en la fase estable como en la aguda. Esas terapias se dirigen sobre todo a la **sintomatología psicótica residual**, y la TCC figura entre las intervenciones con **apoyo experimental más fuerte**.

1. Es verdadera según la guía: la terapia de focalización se desarrolló en 20 sesiones, y entre los ensayos que recoge hay programas de dieciséis y de diecinueve sesiones.
2. Es la afirmación incorrecta: la TCC se mostró poco eficaz en las fases agudas.
3. Es verdadera: las terapias cognitivo-conductuales de la guía se dirigen a los delirios y las alucinaciones, y Vallejo presenta la TCC para la sintomatología positiva como tratamiento psicológico de elección.
4. Es verdadera: la terapia cognitivo-conductual para síntomas psicóticos está entre las modalidades con el apoyo experimental más fuerte (Mueser y Bond, 2000).

Ojo. La clave se apoya en la guía de 2003. Fonseca Adultos (2021) recoge que la TCCp se ha aplicado también en la fase aguda (pág. 259) y que el NICE (2014) la recomienda en primeros episodios, en estado agudo y en remisión, siempre junto a la medicación (pág. 263). Con el manual vigente, la opción 2 sería discutible.

Trampa. Pregunta en formato INCORRECTA: la frase falsa es la que extiende a la fase aguda una eficacia que la guía solo reconoce fuera de ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdos. 1, 4 y 6 (edición digital sin paginar). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, pág. 970. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 259 y 263.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Adultos (Base).

148

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes programas NO es un tipo de intervención familiar?:

1. El modelo psicoeducativo de Anderson.
2. Las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier.
3. La terapia de cumplimiento de Kemp. ✓
4. El paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff.

La terapia de cumplimiento de Kemp se dirige al paciente y no a la familia

Entre los modelos de **intervención familiar** para la esquizofrenia, la guía de tratamientos eficaces destaca cuatro: el **paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff**, el **modelo psicoeducativo de Anderson**, las **intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier** y la terapia conductual familiar de Falloon (tabla 1.2). La **terapia de cumplimiento** de Kemp, Hayward y David aparece en otro apartado, entre los tratamientos cognitivo-conductuales: se diseñó para las unidades de agudos y se dirige a conseguir la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico y, en segundo lugar, un adecuado nivel de insight.

1. El modelo psicoeducativo de Anderson es uno de los cuatro programas familiares de la tabla 1.2.
2. Las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Barrowclough y Tarrier) son otro de los programas familiares.
3. La terapia de cumplimiento es una intervención cognitivo-conductual con el paciente, centrada en la adherencia a la medicación.
4. El paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff encabeza la lista de programas familiares.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 8, y Vallejo 2012, cap. 14) no menciona la terapia de cumplimiento. Fonseca Psicosis (cap. 11, pág. 351), Ampliación del tema, la presenta como tratamiento estructurado para la adherencia desarrollado para la fase aguda.

Trampa. Tarrier aparece en dos sitios: tiene un programa familiar y otro individual (potenciación de estrategias de afrontamiento). En esta pregunta cuenta el familiar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 2, tabla 1.2, y apdo. 4, tablas 1.5 y 1.6 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, pág. 351.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 162

149

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes subprogramas forma parte de la Terapia Psicológica Integrada (ITP) de Hodel y Brenner?:

1. Percepción social. ✓
2. Afrontamiento interno.
3. Psicoeducación.
4. Modificación de creencias.

La percepción social es uno de los cinco subprogramas de la terapia psicológica integrada

La **terapia psicológica integrada** (IPT) es el programa más utilizado y probado en pacientes con esquizofrenia. Tiene **cinco subprogramas** ordenados jerárquicamente: **diferenciación cognitiva**, **percepción social** y comunicación verbal, que forman el bloque de rehabilitación cognitiva, y entrenamiento en habilidades sociales y **solución de problemas interpersonales**, que forman el bloque de competencia social. Se aplica en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana y durante un mínimo de tres meses.

1. La percepción social es el segundo subprograma, dentro del bloque de rehabilitación cognitiva.
2. El afrontamiento interno no figura entre los cinco subprogramas.
3. La psicoeducación es propia de las intervenciones familiares y de otros programas, pero no es un subprograma de la IPT.
4. La modificación de creencias corresponde a la TCC de los delirios y las voces.

SUBPROGRAMAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (IPT)

Bloque	Subprogramas
Rehabilitación cognitiva	Diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal
Entrenamiento en competencia social	Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales

Fuente: Vallejo (2012), vol. II, cap. 14, pág. 968

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, págs. 968-969. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 279.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Adultos (Base).

150

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes programas es un tratamiento de orientación cognitivo-conductual específico para los síntomas positivos de la esquizofrenia? :

1. La terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento de Tarrier. ✓
2. La terapia psicológica integrada de Hodel y Brenner.
3. La terapia de potenciación cognitiva de Hogarty y Flesher.
4. La terapia personal de Hogarty.

La potenciación de estrategias de afrontamiento de Tarrier se dirige a los síntomas positivos

La **potenciación de estrategias de afrontamiento** de Tarrier figura, en Fonseca Psicosis, entre las aproximaciones cognitivo-conductuales para personas con **síntomas psicóticos positivos** resistentes a la medicación, junto a las de Fowler, Chadwick o Kingdon y Turkington. Vallejo sitúa en los trabajos de Tarrier el inicio de la TCC en la esquizofrenia, con el propósito de ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus síntomas. Las otras opciones apuntan a otras dianas: la **IPT** combina rehabilitación cognitiva y competencia social, y la **terapia de potenciación cognitiva** de Hogarty y Flesher pertenece a la rehabilitación de los déficits cognitivos.

1. Es una TCC dirigida específicamente a las alucinaciones y los delirios.
2. La IPT es un programa multimodal para las habilidades cognitivas y sociales, organizado en un bloque de rehabilitación cognitiva y otro de competencia social.
3. La terapia de potenciación cognitiva (CET) de Hogarty y Flesher es, con la CRT, uno de los procedimientos de rehabilitación cognitiva.
4. La terapia personal de Hogarty no se presenta en el corpus como tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas positivos.

Ojo. La terapia personal de Hogarty no aparece descrita en ninguna obra del corpus del Atlas (búsqueda en todas las áreas), así que la opción 4 se descarta por exclusión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5, pág. 182. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, págs. 966, 968 y 970. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 4, tabla 1.5 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación) y Vallejo Adultos 2012 (Base).

151

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es uno de los principales inconvenientes de los programas de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia?:

1. El rechazo de los pacientes a este tipo de intervenciones.
2. La incapacidad de los pacientes para aprender nuevas habilidades debido al deterioro de la enfermedad.
3. Que las habilidades sociales no inciden en el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente.
4. La dificultad de generalización del aprendizaje a situaciones sociales complejas. ✓

El principal escollo del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia es la generalización

Según Liberman, recogido en la guía de tratamientos eficaces y en el manual de Vallejo, los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades, y se puede esperar una **generalización moderada** a situaciones parecidas a las del entrenamiento, pero **menor en las situaciones sociales más complejas**. La guía añade que **el problema de la generalización** de los resultados es uno de los principales escollos de esta técnica, y Vallejo que el entrenamiento ha estado en constante evolución para mejorarla, con nuevos módulos como el **entrenamiento de habilidades amplificadas in vivo**.

1. La guía no presenta el rechazo de los pacientes como inconveniente del entrenamiento; señala que informan de menos ansiedad social después de él.
2. La mayoría de los pacientes demuestra una gran capacidad para adquirir y mantener habilidades; aprenden con dificultad los que tienen sintomatología florida y son muy distraíbles, y los que presentan síndrome deficitario se muestran refractarios.
3. Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y el curso de la esquizofrenia, y el entrenamiento integrado con otros servicios mejora el funcionamiento social.
4. Es el escollo que la guía destaca: la generalización, sobre todo a situaciones sociales complejas.

> **Para fijarlo.** Lo que se aprende en la sala de entrenamiento cuesta sacarlo a la calle, y más cuanto más compleja es la situación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, págs. 963-965. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 3, conclusiones sobre el entrenamiento en habilidades sociales (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

152

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos para la esquizofrenia está especialmente diseñado para aplicar en fases agudas y durante el ingreso hospitalario?:

1. Terapia de focalización de Bentall.
2. Terapia de cumplimiento de Kemp. ✓
3. Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick.
4. Terapia de Potenciación Cognitiva de Hogarty y Flesher.

La terapia de cumplimiento de Kemp se diseñó para las unidades de agudos

La guía de tratamientos eficaces presenta la **terapia de cumplimiento** de Kemp, Hayward y David como una excepción entre las terapias cognitivo-conductuales para la esquizofrenia: se diseñó y desarrolló **para las unidades de atención de pacientes agudos**, y sus objetivos se dirigen a conseguir una **óptima adherencia al tratamiento farmacológico** y, secundariamente, un adecuado nivel de **insight**. Se organiza en tres fases (historia de la enfermedad, ambivalencia ante el tratamiento y mantenimiento). Fonseca Psicosis la describe igualmente como un tratamiento estructurado para la adherencia desarrollado para la fase aguda.

1. La terapia de focalización de Bentall se dirige a las alucinaciones auditivas persistentes y busca que el paciente reatribuya las voces a sí mismo.
2. Es la excepción que señala la guía: se diseñó para las unidades de pacientes agudos.
3. La terapia cognitiva de Chadwick, como las demás terapias de la tabla 1.5, tiene como objetivo reducir la angustia y la interferencia producidas por la sintomatología psicótica residual.
4. La terapia de potenciación cognitiva de Hogarty y Flesher pertenece a la rehabilitación cognitiva de los déficits neurocognitivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 4, tablas 1.5 y 1.6 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, pág. 351. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, pág. 966.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación) y Vallejo Adultos 2012 (Base).

153

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

Respecto al tratamiento farmacológico para la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Según las guía clínicas, el tratamiento farmacológico es el tratamiento de elección en las fases agudas, pero es opcional en las fases de mantenimiento.
2. El tratamiento farmacológico consigue la remisión de los síntomas positivos en aproximadamente un 80% de los pacientes.
3. Una de las principales diferencias entre los antipsicóticos típicos y los antipsicóticos atípicos está en los efectos secundarios adversos que generan. ✓
4. Los antipsicóticos se han mostrado igualmente eficaces tanto para la sintomatología positiva como para la negativa.

Antipsicóticos típicos y atípicos se diferencian sobre todo en sus efectos adversos

Los antipsicóticos **típicos** bloquean los receptores D2 de la vía mesolímbica, lo que explica su efecto sobre los síntomas positivos, pero también los de las vías nigroestriada, tuberoinfundibular y mesocortical, responsables de los **síntomas extrapiramidales**, la hiperprolactinemia y el posible empeoramiento de los síntomas negativos. Los **atípicos** añaden afinidad por los receptores de serotonina y son más selectivos por las áreas mesolímbicas, por lo que producen menos síntomas extrapiramidales y no empeoran los negativos; se usan más por su **eficacia y mejor tolerabilidad**. Los antipsicóticos son eficaces en la sintomatología positiva, pero no en los **síntomas negativos primarios**.

1. Los atípicos son primera línea tanto en el tratamiento agudo como en el de mantenimiento para evitar recaídas; tras un primer episodio se recomienda mantener la medicación entre 12 y 24 meses, o hasta cinco años.
2. Stahl estima que con los antipsicóticos la mejoría esperada es solo del 20 al 30 % de reducción de los síntomas y que pocos pacientes llegan a estar realmente asintomáticos.
3. La diferencia principal está en el perfil de efectos adversos: menos síntomas extrapiramidales y sin empeoramiento de los negativos con los atípicos.
4. Los antipsicóticos han demostrado eficacia en la sintomatología positiva, pero no muestran buenos resultados en los síntomas negativos primarios.

Ojo. La pregunta se basó en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad, 2009), que no está en el corpus ni en C:\Drive. Se cita por Fonseca Psicosis (cap. 11), que recoge sus recomendaciones, y por Stahl.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, págs. 348-350. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, pág. 284.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Fonseca Psicosis no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

154

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes fármacos es un antipsicótico?:

1 Sertralina.

2 Diazepam.

3 Olanzapina. ✓

4 Paroxetina.

La olanzapina es un antipsicótico atípico

La tabla 11.1 de Fonseca Psicosis sitúa la **olanzapina** entre los **antipsicóticos atípicos**, junto a la clozapina, la risperidona, la quetiapina o el aripiprazol. Stahl la incluye en el grupo de las «pinas» (clozapina, olanzapina, quetiapina, asenapina y zotepina) al describir los perfiles de unión de los fármacos para tratar la psicosis. La **sertralina** y la **paroxetina** son dos de los seis **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina** (ISRS), y el **diazepam** es una benzodiacepina.

1. La sertralina es un ISRS con inhibición del transportador de dopamina y unión a los receptores sigma.
2. El diazepam (Valium) es una benzodiacepina.
3. La olanzapina es un antipsicótico atípico o de segunda generación.
4. La paroxetina es un ISRS con acciones anticolinérgicas muscarínicas e inhibidoras del transportador de noradrenalina.

Para fijarlo. Clozapina, olanzapina y quetiapina: las «pinas» de Stahl, todas antipsicóticas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, tabla 11.1, pág. 349. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 1, pág. 6; cap. 5, figura 5-32, pág. 206; cap. 7, pág. 294.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Fonseca Psicosis no es fuente de este tema. Se estudia con Stahl (Base).

155

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 1

La teoría de los Constructos Personales de George Kelly se encuadra dentro de las teorías:

1. Constructivistas. ✓
2. Conductistas.
3. Interpersonales.
4. Sistémicas.

La teoría de los constructos personales de Kelly es la primera aplicación del constructivismo a la psicoterapia

Rodríguez Morejón abre el capítulo de las **terapias cognitivo-constructivistas** con Kelly. El **constructivismo** es una corriente filosófica que Piaget aplicó primero a la psicología, pero es **George Kelly** el pionero en usarlo como teoría de base de su modelo de personalidad, y el primero en aplicarlo a la psicoterapia con su **teoría de los constructos personales**. Para esta corriente, cada persona crea sus propios modelos para entender y predecir el mundo, y la realidad que se percibe está determinada por la estructura cognitiva del que conoce. Neimeyer continúa y amplía después el trabajo de Kelly.

1. Kelly es el pionero del constructivismo en la teoría de la personalidad y en la psicoterapia.
2. El conductismo explica la conducta por las contingencias del ambiente; la teoría de Kelly se centra en cómo cada persona construye su realidad.
3. Rodríguez Morejón sitúa a Kelly en el bloque cognitivo-constructivista, aparte de las terapias interpersonales.
4. El modelo sistémico estudia las interacciones del sistema familiar; el constructivismo llegó después a algunos sistémicos, como Watzlawick, pero Kelly no pertenece a esa corriente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 320-321.

Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Respuesta correcta: 4

¿Qué técnica operante cuenta con una fase aditiva y otra sustractiva?:

1 El encadenamiento.

2 La sobrecorrección.

3 El coste de respuesta.

4 El desvanecimiento. ✓

El desvanecimiento introduce ayudas para aprender una conducta y luego las retira de forma gradual

Díaz, Ruiz y Villalobos cuentan la **instigación/atenuación o desvanecimiento** entre las técnicas operantes para instaurar conductas nuevas. Lo definen como el **procedimiento sistemático de introducción de ayudas o instigadores** (señales, instrucciones, gestos, guía física, modelos) para aprender una conducta y su **retirada gradual** una vez consolidada. Esas dos partes, añadir ayudas y quitarlas, son las que otros manuales llaman **fase aditiva** y **fase sustractiva**. Las demás opciones son técnicas con otra estructura: el encadenamiento enlaza los eslabones de una cadena, y la sobrecorrección y el coste de respuesta sirven para reducir conductas.

1. El encadenamiento enseña los pasos de una secuencia de respuestas, hacia delante o hacia atrás, hasta llegar a la conducta meta.
2. La sobrecorrección tiene también dos componentes, pero son restitución y práctica positiva, y es una penalización por una conducta inadecuada.
3. El coste de respuesta es la pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo, una forma de castigo negativo.
4. El desvanecimiento introduce ayudas y después las retira gradualmente.

Ojo. Los nombres «fase aditiva» y «fase sustractiva» proceden de Olivares y Méndez (2008), Técnicas de modificación de conducta (Biblioteca Nueva), pág. 153, que no está en el corpus del Atlas ni en C:\Drive. La Base del tema da el mismo procedimiento sin esos nombres.

Trampa. La sobrecorrección también tiene dos componentes, pero no son fases de añadir y retirar ayudas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 172-177, 184 y 188. Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Pág. 153 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS: Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

157 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 3

¿Qué otro nombre recibe el “modelado participativo o participante”:

1 Automodelado.

2 Práctica imaginada.

3 Desensibilización de contacto. ✓

4 Sensibilización encubierta.

El modelado participante también se conoce como desensibilización por contacto

En el **modelado participante**, el observador atiende a la conducta del modelo y, cuando este la ejecuta, la ejecuta a su vez con su ayuda verbal y física si es necesario. Combina modelado, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y desensibilización en vivo, y el contacto físico con el terapeuta ayuda a producir una respuesta de tranquilidad que compite con la ansiedad. Díaz, Ruiz y Villalobos recogen sus otros nombres: **desensibilización por contacto** (Ritter, 1968, 1969) o **participación guiada** (Bandura, 1976). Se usa con frecuencia en las **fobias específicas**.

1 En el automodelado la persona observa grabaciones de su propia ejecución para ir modificando su conducta.

2 La práctica imaginada es un ensayo en imaginación; el modelado participante exige ejecutar la conducta real con la ayuda del modelo.

3 Es el otro nombre que recoge el manual, junto con el de participación guiada.

4 La sensibilización encubierta es una técnica de condicionamiento encubierto que busca desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo atractivo mediante la imaginación.

Para fijarlo. En el modelado participante el terapeuta hace, ayuda a hacer y suelta; el contacto con él calma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, págs. 305-306; cap. 12, pág. 616.

EN EL ATLAS

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

158 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

¿Qué técnica sería más aconsejable emplear si lo que deseamos es debilitar pero no suprimir totalmente una determinada conducta?:

1 La extinción.

2 El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.

3 El reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta. ✓

4 El reforzamiento diferencial de otras conductas.

El reforzamiento diferencial de tasas bajas reduce una conducta sin buscar suprimirla

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que los programas de **reforzamiento de tasas bajas** se utilizan cuando el objetivo es que se emita **un número pequeño de respuestas en un intervalo largo de tiempo**. Como técnica para reducir conductas, el **reforzamiento diferencial de tasas bajas** es eficaz cuando la conducta inadecuada es muy frecuente o hay pocas alternativas en el repertorio, y consiste en reforzar cuando se reduce la frecuencia de emisión. Las otras opciones apuntan a eliminar la conducta: la **extinción** retira el reforzador para que la conducta deje de realizarse, y el reforzamiento de conductas incompatibles u otras busca sustituirla.

1 La extinción consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada para que deje de realizarse.

2 El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles refuerza una conducta incompatible con la que se quiere eliminar, de modo que esta se reduce.

3 Refuerza la reducción de la frecuencia, con el objetivo de un número pequeño de respuestas en un intervalo largo.

4 El reforzamiento diferencial de otras conductas es uno de los procedimientos básicos para eliminar conductas, reforzando alternativas.

Ojo. La formulación «debilitar pero no suprimir totalmente» es de Olivares y Méndez (2008), pág. 160, que no está en el corpus ni en C:\Drive. Además, el ejemplo de Díaz et al. (niño que se levanta de la mesa) termina reforzando solo no levantarse ninguna vez (págs. 178-179), así que el manual también usa la técnica como paso hacia la supresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 172 y 177-179. Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Pág. 160 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

159

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

¿En qué estrategia terapéutica se suele emplear el "balance decisional" con el objetivo de valorar los aspectos positivos y negativos de la conducta actual?:

1. En las técnicas de condicionamiento encubierto.
2. En la entrevista motivacional. ✓
3. En la administración del tiempo.
4. En el afrontamiento paliativo.

El balance decisional es una herramienta de la entrevista motivacional

En el capítulo de adicciones a sustancias ilegales del manual de Vallejo, la **entrevista motivacional** (EM) se presenta como un protocolo de intervención que pretende promover el cambio comportamental mediante estrategias y ejercicios que fomenten el **balance decisional** y la decisión de cambiar. En las adicciones, el terapeuta ayuda al paciente a resolver la **ambivalencia** entre consumir o no. El mismo ejercicio, sopesar los **pros y contras de cambiar o permanecer igual**, aparece en el módulo de motivación del protocolo unificado, que se inspira en la entrevista motivacional.

1. Las técnicas de condicionamiento encubierto usan la imaginación para manipular las consecuencias de una conducta (por ejemplo, la sensibilización encubierta).
2. Es la estrategia en la que el manual sitúa el balance decisional, al servicio de resolver la ambivalencia ante el cambio.
3. En el corpus, el balance decisional aparece ligado a la entrevista motivacional y a los módulos de motivación; la administración del tiempo es otra técnica.
4. Tampoco se vincula al afrontamiento paliativo, que no figura entre los usos del balance decisional en los manuales.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 17) nombra la entrevista motivacional, pero no describe el balance decisional. La redacción de la clave está en la 2.ª ed. de Vallejo (2012, vol. II, pág. 189) y se mantiene en la 4.ª (2023), que es la que se cita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Adicciones a sustancias ilegales, Secades Villa, González-Roz y Fernández Hermida), pág. 96. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 207. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, pág. 616.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Vallejo Adultos (Consulta).

Respuesta correcta: 4

¿Cuál NO sería un objetivo a alcanzar en la fase "Orientación del problema" (u orientación hacia el problema) del proceso de solución de problemas elaborado por D'Zurilla y Goldfried?:

1. Tratar de solucionar el problema desde un sentimiento de control y competencia.
2. Tratar el problema más como un reto que como una amenaza.
3. Aprender a parar y pensar antes de actuar (reflexibilidad en lugar de impulsividad).
4. Generar el mayor número posible de alternativas. ✓

Generar alternativas pertenece a la tercera fase de la solución de problemas

D'Zurilla y Goldfried establecieron cinco fases: **orientación general** (después llamada **orientación hacia el problema**), definición y formulación del problema, **generación de alternativas**, toma de decisiones y verificación. La orientación hacia el problema busca una **actitud positiva** hacia la situación y hacia la propia capacidad para resolverla: fomentar la **autoeficacia**, ver los problemas como oportunidades y aprender a pensar antes de actuar. En la orientación positiva los problemas se caracterizan como **retos**. Generar el mayor número posible de soluciones corresponde a la tercera fase, guiada por los principios de cantidad, diversidad y aplazamiento del juicio.

1. Fomentar las creencias de autoeficacia forma parte de la orientación hacia el problema.
2. La orientación positiva caracteriza los problemas como retos y no como amenazas.
3. La capacidad de pensar antes de actuar es, según el manual, una habilidad básica para una buena orientación hacia los problemas.
4. Es el objetivo de la fase de generación de alternativas, la tercera del proceso.

Trampa. Pregunta con NO: las tres opciones falsas son objetivos reales de la primera fase; la correcta mezcla una fase posterior.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 9, págs. 463-464 y 472-474.

EN EL ATLAS
Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

161

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración

Respuesta correcta: 2

Bernstein y Borkovec plantean un entrenamiento en relajación en el que se reduce, progresivamente, el número de grupos musculares a entrenar. Señale cual es la secuencia que proponen dichos autores (las cifras corresponden al nº de grupos musculares en cada una de las fases):

1. 8-4-2
2. 16-7-4 ✓
3. 20-14-3
4. 40-12-2

La relajación de Bernstein y Borkovec empieza con 16 grupos musculares y los va reduciendo

Una de las adaptaciones más utilizadas de la **relajación progresiva** de Jacobson es la de **Bernstein y Borkovec**, que consiste en practicar con **16 grupos musculares**, con una duración de 30-40 minutos en las primeras semanas. Conforme se adquiere destreza se reducen la duración y el número de ejercicios, hasta trabajar con **cuatro grupos musculares** (brazos, cabeza, tronco y piernas) o con uno solo que implique a todo el cuerpo. La única secuencia que empieza en 16 y termina en 4 es la 16-7-4. El paso intermedio de siete grupos no aparece en el manual de Díaz y Ruiz.

1. La secuencia empieza en 16 grupos.
2. Empieza con 16 grupos y termina con 4 (brazos, cabeza, tronco y piernas).
3. Ni el punto de partida (20) ni el final (3) coinciden con el procedimiento.
4. El procedimiento no parte de 40 grupos, y la reducción final es a cuatro grupos o a uno solo.

Ojo. El paso de siete grupos está en Labrador (2008), Técnicas de modificación de conducta (Pirámide), pág. 218, que no está en el corpus del Atlas ni en C:\Drive. La secuencia 16-7-4 aparece en el corpus en la tabla 12.1 de Amigo (2012, pág. 198), dentro de un programa para el síndrome del intestino irritable.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, pág. 271. Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, tabla 12.1, pág. 198. Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 218 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F14 · Técnicas de relajación y respiración. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 1

En los modelos sistémicos de terapia, un concepto muy importante para analizar la estructura familiar es el de "sistemas triádicos". Respecto de éstos cabe afirmar lo siguiente:

1. Las coaliciones entre miembros de distintas generaciones se denominan "triángulos perversos". ✓
2. Los sistemas triádicos se organizan siempre como "coaliciones" y no como "alianzas".
3. Las coaliciones no suelen ser negadas por la familia.
4. Las coaliciones se dan entre padres en contra de un hijo.

Las coaliciones entre miembros de distintas generaciones se llaman triángulos perversos

La escuela estructural-estratégica (Haley, Minuchin) postula que los sistemas se organizan en **alianzas y coaliciones**, lo que requiere un mínimo de tres miembros. La **alianza** es la proximidad de dos miembros en contraste con un tercero más distante; cuando esa proximidad se constituye **en contra** del tercero es una **coalición**. Haley habla de **triángulos perversos** para las coaliciones entre miembros de distinta generación, por ejemplo un progenitor y su hijo contra el otro progenitor. Las coaliciones, por ser negadas, son más difíciles de detectar que las alianzas, que son abiertas.

1. Es la definición de Haley que recogen Feixas y Miró.
2. Los sistemas se organizan en alianzas y en coaliciones; la alianza es la forma no conflictiva.
3. Las coaliciones, por ser negadas, son mucho más difíciles de detectar en la entrevista que las alianzas.
4. El ejemplo típico de coalición problemática es transgeneracional, un progenitor con un hijo contra el otro progenitor; no se define como de los padres contra un hijo.

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. 266-267. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25, págs. 425 y 429. Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 7 (Terapia estructural, Martínez Díaz), pág. 216.

EN EL ATLAS

Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base) y Moreno Sistémica (Ampliación).

163 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica Anulada

Anulada

La alianza terapéutica, según Bordin, tiene tres componentes independientes, las tareas, los adjetivos y:

1 Los resultados.

2 La demanda.

3 Las técnicas concretas.

4 El vínculo.

La alianza de Bordin tiene tres componentes y la pregunta se anuló por una errata

El Ministerio **anuló** la pregunta. El enunciado decía «las tareas, los adjetivos y», donde la definición de Bordin habla de **objetivos**. Gimeno recoge la definición de **Bordin (1979)**, ampliamente aceptada, con 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** (el método para lograr los objetivos). Feixas y Miró describen los mismos tres componentes y añaden que, para Bordin, una alianza adecuada es un factor de cambio esencial en todas las psicoterapias. Con la errata corregida, la opción que completa la definición es el vínculo.

1 Los resultados no son un componente de la alianza; la alianza es una de las variables que se relacionan con ellos.

2 La demanda no figura entre los tres componentes de Bordin.

3 Las técnicas concretas forman parte del acuerdo en las tareas.

4 El vínculo emocional entre clínico y consultante es el componente que falta en el enunciado.

Para fijarlo. Vínculo, metas y tareas: con quién, hacia dónde y cómo.

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. 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).

164

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 2

En los modelos sistémicos de terapia ¿cómo se denomina al familiar que presenta el síntoma?:

1. Paciente sistémico o sistemático.
2. Paciente identificado. ✓
3. Paciente triangulado.
4. Paciente o familiar puntuado.

En el modelo sistémico, el familiar que presenta el síntoma es el paciente identificado

En el modelo sistémico los síntomas se consideran expresiones disfuncionales del sistema familiar, y se denomina **paciente identificado** al miembro de la familia que presenta el síntoma o problema. La solución depende del cambio en los **patrones disfuncionales de interacción**. Saúl y Feixas, en Rojí y Saúl, lo describen así: el paciente es identificado por el sistema como tal, pero el objeto de estudio e intervención es la familia y sus pautas comunicacionales, y el propio **síntoma** se ve como una comunicación, un eslabón más de la cadena interaccional. Rodríguez Morejón usa el término para el portador del síntoma, reflejo de un sistema interaccional que no funciona.

1. No es un término de los modelos sistémicos.
2. Es el nombre que dan los manuales al miembro que presenta el síntoma.
3. La triangulación es una pauta de la estructura familiar, como las alianzas o las coaliciones.
4. La puntuación es la forma en que cada participante ordena la secuencia de hechos; no designa a ningún familiar.

Ojo. La Base del tema F10 (Rojí y Saúl, cap. 9) usa el término sin definirlo; la definición está en el cap. 8 de la misma obra, que el Atlas asigna al tema F8.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 264. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 8, apdo. 4 y glosario. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 24, pág. 414.

EN EL ATLAS

Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Feixas y Miró no es fuente de este tema.

165

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 3

La Triada Cognitiva Negativa de Beck se refiere a:

1. Sensaciones, emociones y sentimiento negativos previos a los pensamientos rumiativos típicos de la depresión.
2. Distorsión cognitiva negativa sobre la infancia, adolescencia y adultez del paciente depresivo.
3. Visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. ✓
4. Estilo de respuesta del paciente depresivo basada en la rumiación, la magnificación y la generalización excesiva.

La tríada cognitiva es la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro

Para Díaz, Ruiz y Villalobos, la **tríada cognitiva** hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse **a sí mismo, al mundo y al futuro** desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que se perciba incompetente e inadecuado; la del mundo, como un lugar que le hace demandas excesivas y no proporciona gratificación; y la del futuro es de **desesperanza**. Según el modelo de Beck, de estos tres patrones se derivan los demás síntomas depresivos, como la falta de motivación, la pasividad o los deseos de suicidio.

1. La tríada está formada por tres esquemas cognitivos sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
2. La tríada no se refiere a etapas vitales (infancia, adolescencia y adultez).
3. Es la definición de la tríada cognitiva.
4. La magnificación y la sobregeneralización son distorsiones cognitivas, un concepto distinto de la tríada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, págs. 392-394.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina, en las terapias sistémicas, la intervención de un familiar que presenta los hechos de tal modo que forman una secuencia ordenada, generalmente para determinar una causa y un efecto?:

1 Causalidad eficiente.

2 Puntuación. ✓

3 Circularidad.

4 Connotación positiva.

Ordenar los hechos en una secuencia de causa y efecto es puntuar la interacción

Entre los axiomas de la comunicación humana de **Watzlawick, Beavin y Jackson**, Feixas y Miró recogen que la definición de una interacción está condicionada por las **puntuaciones** que introduce cada participante. Técnicamente se denomina «puntuación» a la forma de **organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada**, y los casos más frecuentes de puntuación discrepante consisten en intentar decidir **cuál es la causa y cuál el efecto**. En el ejemplo del manual, el marido dice que se retrae porque ella critica y ella que critica porque él se retrae. Rodríguez Morejón añade que cada participante tiene su propia puntuación de los hechos y la vive como la verdad.

1 La causalidad eficiente no es el término del modelo; la visión sistémica sustituye la búsqueda de una causa lineal por la causalidad circular.

2 Es el término técnico para la ordenación de los hechos en una secuencia.

3 La circularidad (causalidad circular) es el principio de que las consecuencias influyen a su vez en las causas, justo lo contrario de fijar una causa y un efecto.

4 La connotación positiva es una técnica del grupo de Milán que describe en positivo la conducta problema y las acciones del patrón circular.

Para fijarlo. Puntuar es poner el punto de partida: «empezó él» o «empezó ella».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 262. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 24, págs. 410-411. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 8, apdo. 4; cap. 9.

EN EL ATLAS

Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

167 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Respuesta correcta: 3

En el Psicoanálisis, cuál es la técnica que corresponde a la "regla analítica fundamental":

1 El análisis de la transferencia.

2 El análisis de sueños.

3 La asociación libre. ✓

4 La interpretación de la represión.

La asociación libre es la regla fundamental del psicoanálisis

Ávila Espada, en Rojí y Saúl, explica que los instrumentos técnicos que Freud propuso se conocen como «reglas básicas»: la de **asociación libre**, la de **atención flotante** y la de **abstinencia**. El método de la asociación libre es una de las contribuciones originales del psicoanálisis y es conocido como **«la regla fundamental»**: se invita al paciente a verbalizar todas sus ocurrencias, recuerdos e ideas sin restricción alguna. Rodríguez Morejón la sitúa, junto a la transferencia y la resistencia, entre los métodos para obtener material para el análisis, y separa de ellos las técnicas de cambio, como la **interpretación**.

1 El análisis de la transferencia es otra fuente de material para el análisis, pero no es la regla fundamental.

2 El análisis de los sueños es una aplicación del método; la asociación también puede partir de un sueño, una palabra o una imagen.

3 Es la técnica a la que el psicoanálisis llama regla fundamental.

4 La interpretación es una técnica de cambio; la regla fundamental es un método para obtener material.

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. 2 (El modelo psicodinámico y la evolución del psicoanálisis, Ávila Espada), apdo. 2.6 y glosario. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 3, págs. 80-81.

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rojí y Saúl (Ampliación) y Rodríguez Morejón (Base).

168

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 1

El Trastorno de Evitación Experiencial, propuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso, se origina en:

1. La orientación al bienestar inmediato. ✓
2. La implicación mutua.
3. El yo como contexto.
4. La cultura de la inacción.

La evitación experiencial nace de una cultura orientada al bienestar inmediato

La ACT concibe la psicopatología a través del **trastorno por evitación experiencial**: un patrón conductual inflexible, generado por una regulación verbal ineficaz, que consiste en evitar el sufrimiento a toda costa controlando los eventos privados y sus circunstancias. Díaz, Ruiz y Villalobos explican que se facilita por un **contexto sociocultural que prioriza el sentirse bien permanentemente**, actuando para conseguir un **bienestar inmediato**. Ese bienestar dura poco, el malestar vuelve y la persona queda atrapada en un círculo vicioso. Fonseca la define como regulación que da **reforzamiento negativo inmediato** pero, a largo plazo, efectos limitantes.

1. Es el contexto sociocultural que, según el manual, facilita la evitación experiencial.
2. La implicación mutua es una de las tres propiedades de los marcos relacionales de la teoría del marco relacional.
3. El yo como contexto es uno de los procesos que ACT moviliza en la intervención.
4. La cultura de la inacción no es un concepto de la ACT; el contexto que señala el manual es el del sentirse bien permanentemente.

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. 558, 561-562 y 566. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, págs. 180 y 193.

EN EL ATLAS

Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT. Se estudia con Díaz y Ruiz (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

169 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 3

En el marco de la Terapia Dialéctica Conductual, el principio fundamental de la Teoría Biosocial del Trastorno Límite de Personalidad propone que el principal problema trastorno en esta patología es:

1. La agitación.
2. La interpretación literal del otro.
3. La desregulación de las emociones. ✓
4. La falta de adherencia al tratamiento.

Para la teoría biosocial, el problema central del trastorno límite es la desregulación emocional

La **terapia dialéctica conductual** (TDC) de Linehan se basa en la **teoría biosocial**, según la cual el trastorno de la personalidad límite resulta de las transacciones entre la **vulnerabilidad emocional** del individuo (intensa reactividad emocional y lento retorno a la línea base) y un **entorno invalidante**. En su manual, Linehan formula el principio fundamental de la teoría: el principal trastorno en el TPL es la **desregulación de las emociones**. Rodríguez Morejón resume el giro de Linehan como redefinir el TLP como un problema del sistema de regulación emocional.

1. La agitación no es el problema central que propone la teoría biosocial.
2. La interpretación literal del otro no forma parte de la teoría; el pensamiento dicotómico y rígido se presenta como un fracaso dialéctico.
3. Es el principio fundamental de la teoría biosocial.
4. La falta de adherencia es una conducta que interfiere en la terapia.

Ojo. La frase del enunciado está literal en el manual de Linehan traducido por Paidós (carpeta «Manuales de Autores» del área C, pág. 21); la copia del corpus no conserva la página de créditos con el año de la edición española.

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. 570-571. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 22, págs. 385-386. Linehan, M. M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós (ed. original: Guilford, 1993). Pág. 21.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Rodríguez Morejón (Ampliación).

170

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Respuesta correcta: 2

En el modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva ¿qué lugar le corresponde a las creencias irracionales?:

1 El A.

2 El B ✓

3 El C.

4 Las creencias irracionales NO se contemplan en esta terapia.

En el modelo ABC de Ellis, las creencias irracionales ocupan el lugar B

En el modelo ABC de la **terapia racional emotiva conductual** (TREC), «A» son los **acontecimientos activadores** a los que respondemos, «C» la **respuesta** cognitiva, emocional o conductual que damos y «B» las **creencias** que tenemos sobre «A», que son las que explican en mayor medida la respuesta «C». B es, por tanto, el **mediador fundamental** entre A y C. Al describir la evaluación, Díaz, Ruiz y Villalobos lo formulan como las relaciones entre acontecimientos activadores (A), **creencias irracionales** (B) y consecuencias emocionales (C).

1. A es el acontecimiento activador.
2. B son las creencias, entre ellas las irracionales, que median entre A y C.
3. C es la consecuencia emocional, cognitiva o conductual.
4. Las creencias irracionales son el núcleo de la TREC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 7, págs. 340-341 y 353.

EN EL ATLAS: Tema F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

171

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona

Respuesta correcta: 3

Para la Logoterapia de Víctor Frankl ¿cuál es el principal elemento generador de las neurosis?:

1. La represión de la libido.
2. Las carencias en la crianza.
3. La pérdida de sentido en la vida. ✓
4. La frustración social.

Para la logoterapia, la pérdida de sentido de la vida genera la neurosis

La **búsqueda del sentido de la vida** es la aportación básica de **Frankl** al existencialismo. El mundo no tiene sentido en sí mismo y necesitamos buscarlo, porque la alternativa es la desesperanza y el **vacío existencial**. Feixas y Miró explican que sus experiencias en los campos de concentración explican la importancia radical que Frankl otorga a la **pérdida de significado** en la vida; acuñó la expresión **«neurosis noógena»** para esa situación, que en su opinión representa lo esencial de la neurosis. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a encontrar significado a su vida.

1. La represión de la libido es un concepto psicoanalítico; Frankl se nutrió de Freud y Adler, pero desarrolló un modelo existencial.
2. Las carencias en la crianza no son el elemento que Frankl sitúa en el origen de la neurosis.
3. Es el vacío existencial que da lugar a la neurosis noógena.
4. La frustración social no es el concepto de la logoterapia; lo que se frustra es la búsqueda de sentido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 5, págs. 153, 155 y 158. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 174.

EN EL ATLAS

Tema F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

172 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es una de las principales premisas de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers?:

1 El énfasis en el papel prescriptivo del terapeuta.

2 La consideración de la angustia existencial como motor del cambio.

3 El rechazo al papel directivo del terapeuta. ✓

4 El énfasis en el pasado más que en el presente.

La terapia centrada en el cliente nace como terapia no directiva

Rodríguez Morejón explica que la terapia de Rogers nace como **terapia no directiva**, en reacción a las psicoterapias en las que los terapeutas tienen mucho poder, como el psicoanálisis o la terapia conductual. El terapeuta es **todo lo opuesto a directivo**: es un colaborador que no tiene objetivos para el cliente ni lo guía hacia ningún tipo de experiencia, y se dedica a entenderlo y a devolverle que lo comprende. En Rojí y Saúl se recuerda que, en su primera etapa, la terapia centrada en la persona se denominó terapia no directiva, apoyada en que el terapeuta promovía el cambio aceptando el mundo afectivo del cliente.

1 El papel prescriptivo es justo lo que rechaza: el terapeuta no da consejos ni guía al cliente.

2 La angustia existencial como tema central pertenece a la terapia existencial.

3 Es la premisa que da nombre a su primera etapa, la terapia no directiva.

4 El énfasis en el pasado es propio del psicoanálisis, que busca el conflicto no resuelto del pasado que causa los síntomas actuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 6, págs. 167 y 172; cap. 3, pág. 80. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 5, apdo. 2.3.

EN EL ATLAS

Tema F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el concepto básico en las terapias psicodinámicas breves?:

1 El concepto de transferencia activa.

2 El concepto de foco. ✓

3 El concepto de tendencia a la realización.

4 La activación conductual.

El foco de trabajo es el concepto básico de la psicoterapia dinámica breve

Entre las características de la **psicoterapia dinámica breve** que recoge Rodríguez Morejón (Levenson, 2010), la primera es que las metas se limitan **estableciendo un foco de trabajo**: el terapeuta elige un tema central que guía la intervención y se mantiene en él. El foco es el aspecto del problema presente en el que mejor se expresan los problemas. Se establece además un **límite temporal** de entre 20 y 25 sesiones, y el terapeuta es **más activo**: mantiene el foco, usa menos las asociaciones libres y trabaja más el presente. La evaluación es rápida para determinar el foco.

1 La «transferencia activa» no es un concepto de estas terapias; en ellas la interpretación de la transferencia se usa menos.

2 Es el concepto que organiza la psicoterapia dinámica breve.

3 La tendencia a la realización (actualización) es un concepto de Rogers y de la terapia centrada en la persona.

4 La activación conductual es una terapia conductual de tercera generación, ajena al modelo psicodinámico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 4, págs. 147-149.

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

174

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Uno de los siguientes criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DSM-5) es INCORRECTO señale cuál:

1. Accesos de cólera, graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente, o comportamentalmente, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación (presentes durante 12 o más meses).
2. Las accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana (presentes durante 12 o más meses).
3. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (presentes durante 12 o más meses).
4. El primer diagnóstico debe hacerse antes de los 6 años. ✓

El trastorno de desregulación disruptiva no se diagnostica por primera vez antes de los 6 años

El DSM-5 exige en el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo** accesos de cólera graves y desproporcionados (A), inapropiados para el desarrollo (B), **tres o más veces por semana** (C), con un ánimo **persistentemente irritable** entre ellos (D), durante **12 meses o más** (E) y en al menos dos contextos (F). El criterio G fija la edad: el primer diagnóstico **no se debe hacer antes de los 6 años ni después de los 18**, y los síntomas han de comenzar antes de los 10 (criterio H).

1. Es el criterio A, con la duración del criterio E.
2. Es el criterio C, con la duración del criterio E.
3. Es el criterio D, con la duración del criterio E.
4. Es el criterio mal formulado, porque el primer diagnóstico no debe hacerse antes de los 6 años.

> **Para fijarlo.** Seis, diez, dieciocho: no antes de los 6, empieza antes de los 10 y no se diagnostica por primera vez después de los 18.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, pág. 156.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 86, PIR 2018 · n.º 212, PIR 2018 · n.º 213

175

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la edad de inicio más probable de la anorexia nerviosa (DSM-5)?:

1. En la primera infancia.
2. Suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. ✓
3. A cualquier edad, aunque preferente antes de los 40 años.
4. Hacia los 10-11 años o preadolescencia.

La anorexia nerviosa suele empezar en la adolescencia o la edad adulta temprana

El apartado de desarrollo y curso del DSM-5 dice que la **anorexia nerviosa** suele empezar durante la **adolescencia o la edad adulta temprana**. Rara vez empieza **antes de la pubertad** o **después de los 40 años**, aunque se han descrito casos de inicio temprano y tardío. El inicio se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, como dejar el hogar familiar para ir a la universidad, y los clínicos no deberían excluir el diagnóstico solo por la mayor edad de la persona. El DSM-5-TR repite estas frases.

1. El inicio en la primera infancia, antes de la pubertad, es raro.
2. Es la frase del DSM-5.
3. El manual sitúa el inicio habitual en la adolescencia o la juventud y considera raro que empiece después de los 40 años.
4. Situar el inicio típico en la preadolescencia contradice el manual, que considera raro el inicio antes de la pubertad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, desarrollo y curso, págs. 341-342.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 120, PIR 2020 · n.º 79

176

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 3

El trastorno caracterizado por un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta con 4 o más síntomas asociados a este patrón, y que se exhibe durante la interacción con un individuo (que no sea un hermano), sin que exista una alteración del estado de ánimo grave, se denomina (DSM-5):

1. Trastorno de conducta.
2. Trastorno de desregulación disruptiva.
3. Trastorno negativista desafiante. ✓
4. Trastorno explosivo intermitente.

Cuatro síntomas de enfado, desafío o venganza durante seis meses, con alguien que no sea un hermano, definen el negativista desafiante

El enunciado reproduce el criterio A del **trastorno negativista desafiante** en el DSM-5: un patrón de **enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa** que dura al menos **seis meses**, se manifiesta con al menos **cuatro síntomas** de esas categorías y aparece en la interacción con al menos un individuo **que no sea un hermano**. La mención a la ausencia de una alteración grave del ánimo remite al criterio C, que excluye el diagnóstico si se cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo o si los síntomas aparecen solo durante un trastorno depresivo o bipolar.

1. El trastorno de conducta exige al menos tres comportamientos que violan los derechos de otros o las normas sociales, como la agresión, la destrucción, el engaño o el robo.
2. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo implica arrebatos graves con un ánimo negativo persistente entre ellos, y si se cumple excluye el negativista desafiante.
3. Es el criterio A del trastorno negativista desafiante.
4. El trastorno explosivo intermitente se define por arrebatos agresivos recurrentes, impulsivos y desproporcionados a la provocación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno negativista desafiante, págs. 462 y 465.

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 2016 · n.º 199, PIR 2022 · n.º 139, PIR 2025 · n.º 184

177 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 2

Selecciona la afirmación que es verdadera sobre el trastorno de conducta (DSM-5):

1 Los primeros síntomas significativos del trastorno de conducta aparecen siempre en los años preescolares.

2 En la mayoría de los individuos el trastorno remite en la edad adulta. ✓

3 Los síntomas del trastorno varían poco con la edad.

4 La prevalencia varía mucho en distintos países en función de la etnia y raza.

En la mayoría de los casos el trastorno de conducta remite en la edad adulta

El apartado de desarrollo y curso del **trastorno de conducta** dice que el curso después del inicio es variable y que **en la mayoría de los individuos el trastorno remite en la edad adulta**. Muchos, sobre todo los de **inicio adolescente** y con síntomas menos numerosos y más leves, logran una adaptación social y laboral adecuada, mientras que el inicio infantil predice peor pronóstico. El manual añade que el inicio puede darse ya en los años preescolares, aunque los primeros síntomas significativos suelen aparecer entre la **infancia media** y la adolescencia media, y que los síntomas **varían con la edad**.

1 El inicio puede producirse ya en los años preescolares, pero lo habitual es que los primeros síntomas significativos aparezcan entre la infancia media y la adolescencia media.

2 Es lo que dice el DSM-5 sobre el curso.

3 Los síntomas varían con la edad, al aumentar la fuerza física, las habilidades cognitivas y la madurez sexual: los primeros suelen ser más leves y los tardíos, más graves.

4 El DSM-5 dice que la prevalencia parece bastante constante entre países que difieren en etnia y raza.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conducta, pág. 473.

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 152, PIR 2018 · n.º 207, PIR 2018 · n.º 209, PIR 2023 · n.º 144

Respuesta correcta: 3

¿Qué afirmación en relación al Trastorno de Depresión Mayor (DSM-5) es verdadera?:

1. No aparece durante la infancia temprana.
2. En los niños se puede producir un aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
3. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. ✓
4. Durante la adolescencia únicamente se produce comorbilidad con otros trastornos internalizantes (interiorizados).

En niños y adolescentes el ánimo depresivo puede ser irritable

El criterio A1 del trastorno de depresión mayor describe un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, y añade una nota: **en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable**. El DSM-5 lo desarrolla en las características diagnósticas, donde explica que en estas edades aparece un **ánimo irritable o malhumorado** más que triste o abatido. El trastorno puede aparecer por primera vez **a cualquier edad**, aunque la probabilidad aumenta mucho en la **pubertad**.

1. El trastorno de depresión mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad.
2. El aumento de la actividad dirigida a un objetivo es un síntoma maníaco o hipomaníaco; en la depresión lo característico es la pérdida de interés.
3. Es la nota del criterio A1.
4. Ya el DSM-IV asociaba la depresión adolescente a trastornos disociales (hoy trastorno de conducta), por déficit de atención, de ansiedad, por sustancias y de la conducta alimentaria, no solo a trastornos interiorizados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, págs. 160, 163 y 165; especificadores, pág. 184. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, pág. 331.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 49

179

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B30 · Trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 4

Dentro de los trastornos de la comunicación, en el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) hay variados síntomas o factores que aparecen de forma frecuente y notable. Indica el que NO pertenezca a esta patología (DSM-5):

1. Palabras fragmentadas.
2. Circunloquios.
3. Repetición de palabras monosilábicas.
4. Estructura gramatical muy limitada. ✓

La estructura gramatical limitada es un síntoma del trastorno del lenguaje y queda fuera del tartamudeo

El criterio A del **trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)** enumera siete alteraciones de la fluidez y la organización temporal del habla: **repetición de sonidos y sílabas**, prolongación de consonantes y vocales, **palabras fragmentadas**, bloqueos audibles o silenciosos, **circunloquios**, palabras producidas con exceso de tensión física y repetición de palabras completas monosilábicas. La **estructura gramatical limitada** aparece en otro lugar del capítulo, como síntoma A2 del **trastorno del lenguaje**, junto al vocabulario reducido y el deterioro del discurso.

1. Las palabras fragmentadas, con pausas en medio de una palabra, son el síntoma A3.
2. Los circunloquios, que sustituyen palabras para evitar las problemáticas, son el síntoma A5.
3. La repetición de palabras completas monosilábicas («Yo-Yo-Yo-Yo lo veo») es el síntoma A7.
4. Es un síntoma del trastorno del lenguaje y no figura en los criterios del tartamudeo.

Trampa. Los circunloquios parecen un problema de vocabulario, pero en el tartamudeo son una estrategia para esquivar las palabras en las que se espera bloquearse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del lenguaje, pág. 42; trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), págs. 45-46.

EN EL ATLAS: Tema B30 · Trastornos del lenguaje. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 169

180

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

Un adolescente acude a la consulta exponiendo los siguientes síntomas: (1) Tiene ideas intrusivas y recurrentes de monstruos con pinchos que luchan entre ellos muy agresivamente, estas ideas (pensamientos, imágenes) se imponen en su mente y le crean mucha ansiedad y malestar; (2) Tiene conductas repetitivas (por ejemplo, cada vez come lentejas las tiene que contar y la cuchara debe tener 19), lo que provoca que necesite mucho tiempo en comer y conflictos con la madre. De las 4 afirmaciones señale la respuesta correcta (DSM-5):

1. Todos los síntomas son compulsiones.
2. Tiene obsesiones y compulsiones. ✓
3. Tiene síntomas afectivos cíclicos.
4. Todos los síntomas son obsesiones.

Las imágenes intrusivas que angustian son obsesiones y contar lentejas con reglas rígidas es una compulsión

El caso tiene dos síntomas. Las **imágenes** recurrentes de monstruos que se imponen y provocan ansiedad cumplen la definición de **obsesión** del criterio A: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, vividos como intrusivos o no deseados, que causan ansiedad o malestar. Contar las lentejas hasta que la cuchara tenga 19 es un comportamiento repetitivo que se realiza **de acuerdo con reglas** que se aplican de manera rígida, que es la definición de **compulsión**. Además consume mucho tiempo y genera conflictos, como pide el criterio B.

1. Las ideas intrusivas que generan ansiedad son obsesiones.
2. Hay obsesiones (las imágenes) y compulsiones (el conteo).
3. Nada en el caso sugiere ciclos afectivos.
4. El conteo es un comportamiento repetitivo sujeto a reglas, es decir, una compulsión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 237-238.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 114, PIR 2016 · n.º 75, PIR 2017 · n.º 48, PIR 2017 · n.º 46

Respuesta correcta: 2

Un adolescente presenta los siguientes síntomas: (1) Tics motores múltiples y varios tics vocales que han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no de forma concurrente; (2) Los tics aparecen intermitentemente en frecuencia, pero han persistido durante más de un año desde la aparición del primer tic; (3) Los tics comenzaron a los 6 años; y (4) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica. ¿Qué trastorno podría presentar? (DSM-5):

1. Trastorno de tics motores o vocales persistentes.
2. Trastorno de la Tourette. ✓
3. Trastorno de tics transitorio.
4. Trastorno de tics no especificado.

Tics motores y vocales durante más de un año con inicio a los 6 años son un trastorno de la Tourette

El caso cumple uno por uno los cuatro criterios del **trastorno de la Tourette**: tics **motores múltiples y vocales** en algún momento de la enfermedad, aunque no a la vez (A); persistencia **durante más de un año** desde el primer tic aunque la frecuencia fluctúe (B); inicio **antes de los 18 años** (C), y ausencia de una sustancia u otra afección médica que lo explique (D). Los diagnósticos de tics siguen un **orden jerárquico**, de modo que, cuando se cumplen los criterios de la Tourette, no puede hacerse un diagnóstico situado por debajo, como el trastorno de tics persistente o el transitorio.

1. El trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) exige tics motores o vocales, pero no ambos a la vez, y que nunca se hayan cumplido los criterios de la Tourette.
2. Es el trastorno de la Tourette, porque hay tics motores múltiples y vocales durante más de un año, con inicio a los 6 años y sin sustancia ni afección médica que los explique.
3. El trastorno de tics transitorio se reserva para tics de menos de un año desde el primero.
4. El trastorno de tics no especificado se aplica a presentaciones que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics, y este caso cumple los de la Tourette.

LOS TRES TRASTORNOS DE TICS CON CRITERIOS PROPIOS

Trastorno	Tics	Duración	Inicio
Trastorno de la Tourette	Tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de forma concurrente	Persisten durante más de 1 año desde la aparición del primer tic	Comienza antes de los 18 años
Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)	Tics motores o vocales únicos o múltiples, pero no ambos a la vez	Persisten durante más de 1 año desde la aparición del primer tic	Comienza antes de los 18 años
Trastorno de tics transitorio	Tics motores y/o vocales únicos o múltiples	Menos de 1 año desde la aparición del primer tic	Comienza antes de los 18 años

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastornos de tics, criterios diagnósticos, pág. 93

Ojo. Las dos ediciones del DSM en castellano llaman a la tercera categoría «trastorno de tics transitorio» (DSM-5, pág. 81; DSM-5-TR, pág. 93); los libros de preguntas de autoevaluación de la APA lo llaman a veces «trastorno de tics provisional». El DSM-5 agrupaba los trastornos de tics en cuatro categorías y el DSM-5-TR en cinco, al separar el otro trastorno especificado y el no especificado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de tics, págs. 81 y 85.

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 2016 · n.º 60

182 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 2

Si a un niño se le resta tiempo de ver TV, respecto del tiempo que la ve habitualmente, debido a su mal comportamiento ¿cómo se denomina el procedimiento aplicado?:

1 Castigo positivo.

2 Coste de respuesta. ✓

3 Sobrecorrección.

4 Tiempo fuera.

Retirar tiempo de televisión por portarse mal es coste de respuesta

Díaz, Ruiz y Villalobos distinguen dos tipos de **castigo negativo**, basados en la retirada de consecuencias apetitivas: el tiempo fuera de reforzamiento y el **coste de respuesta**. Este último se refiere a la **pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo**, como la retirada de puntos del carnet de conducir por una infracción; es más eficaz si se combina con reforzamiento positivo de la conducta adecuada. Restar al niño parte del tiempo de televisión que ya tiene es perder un reforzador del que dispone. El **tiempo fuera**, en cambio, niega temporalmente el acceso a todos los reforzadores.

1 El castigo positivo presenta un estímulo aversivo tras la conducta; aquí no se añade nada, se retira algo agradable.

2 Es la pérdida de un reforzador del que el niño ya dispone.

3 La sobrecorrección es una penalización con dos componentes, restitución y práctica positiva.

4 El tiempo fuera niega el acceso temporal a los reforzadores, por ejemplo mandando al niño al «rincón de pensar»; no resta una cantidad de un reforzador concreto.

Trampa. Tiempo fuera y coste de respuesta son los dos castigos negativos: el primero aparta al niño de todos los reforzadores durante un rato y el segundo le quita una parte de uno concreto.

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. 182-184 y 188.

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

183

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más recomendado empíricamente para los trastornos de la alimentación en la infancia?:

1. Terapia de conducta. ✓
2. Terapia cognitiva.
3. Terapia sistémica estratégica.
4. Entrenamiento nutricional para padres.

Los problemas de alimentación infantil se tratan sobre todo con terapia de conducta

Comeche explica que el tratamiento de los **problemas de alimentación en la infancia** se basa en gran medida en **procedimientos conductuales**, la «piedra angular» de la intervención. Las intervenciones conductuales, solas o combinadas con otras estrategias, se consideran **empíricamente validadas** para los niños con problemas severos de alimentación, e incluso se ha señalado que son el único tratamiento con apoyo empírico bien documentado para los trastornos pediátricos de la alimentación. Las técnicas más utilizadas son las de **control de contingencias**: reforzamiento, extinción, moldeamiento, coste de respuesta o principio de Premack.

1. Es la intervención que el manual considera empíricamente validada para estos problemas.
2. La terapia cognitiva no aparece como tratamiento de referencia de los problemas de alimentación infantil.
3. La terapia sistémica estratégica tampoco figura entre las intervenciones con apoyo empírico que recoge el manual.
4. Lo que el manual destaca en los padres es su entrenamiento como agentes del cambio conductual.

Ojo. La afirmación de que las intervenciones conductuales están empíricamente validadas está en la 3.ª ed. del manual (2016). La 4.ª ed. (Vallejo y Rodríguez, 2022), vigente en el Atlas, mantiene la intervención conductual (identificar la conducta, técnicas para aumentarla o disminuirla y tratamiento contingente, pág. 544) y concluye que las intervenciones psicológicas han demostrado ser eficaces (pág. 562), pero no repite esa frase.

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. 10 (Problemas de alimentación en la infancia, Comeche Moreno), págs. 431 y 449. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 12, págs. 544 y 562.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Vallejo Infantil 2016 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

184

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cómo deben ser las sesiones de entrenamiento de relajación infantil?:

1 Largas y poco frecuentas

2 Largas y frecuentes.

3 Cortas y poco frecuentes.

4 Cortas y frecuentes. ✓

Con niños, las sesiones de relajación son cortas y frecuentes

Orgilés, Espada y Méndez describen la **relajación progresiva** como el método más utilizado en los trastornos de ansiedad infantil. Con niños se entrenan **menos de diez grupos musculares**, se pueden usar juguetes (un robot rígido para la tensión y un muñeco de trapo para la relajación) y, una vez aprendida la diferencia entre tensión y relajación, se relaja directamente sin tensar. Las **sesiones de 15-20 minutos** se celebran **a diario** o, si no es posible, en días alternos: sesiones **cortas y frecuentes**. Antes se comprueba que el niño menor de nueve años puede permanecer quieto, mantener el contacto ocular, imitar y seguir órdenes sencillas.

1 Las sesiones son breves (15-20 minutos) y no espaciadas.

2 Son frecuentes, pero no largas.

3 Son cortas, pero diarias o en días alternos.

4 Es la pauta del manual: 15-20 minutos, a diario o en días alternos.

Ojo. La pauta está en la 3.ª ed. del manual de Vallejo (2016). No se ha encontrado en la 4.ª ed. (Vallejo y Rodríguez, 2022), vigente en el Atlas, ni en Fonseca I/A.

Para fijarlo. Poco rato y muchas veces: la atención de un niño no da para sesiones largas.

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. 4 (Trastornos de ansiedad infantil, Orgilés, Espada y Méndez), págs. 163-165.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Infantil 2016 no es fuente de este tema.

185

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Qué tratamientos han mostrado ser más eficaces para la fobia específica, en niños y adolescentes?:

1 La relajación autógena y el entrenamiento en autocontrol.

2 La reestructuración cognitiva y las tareas gratificantes.

3 El sistema de reforzamiento positivo y el entrenamiento en habilidades sociales.

4 La desensibilización sistemática en vivo, la práctica reforzada y el modelado participante. ✓

Para las fobias específicas infantiles, los tratamientos con apoyo son los basados en la exposición

Fonseca I/A recoge que hay un amplio consenso en que los tratamientos con apoyo empírico para la **fobia específica** infantil son los **basados en la exposición**. Según la revisión de Davis y Ollendick (2005), la **práctica reforzada**, el **modelado participante** y la exposición son tratamientos **bien establecidos**, y la **desensibilización sistemática en vivo** y en imaginación, probablemente eficaces, igual que la TCC. Revisiones más recientes añaden como bien establecido el tratamiento de una sola sesión de Öst. La opción 4 es la única que reúne procedimientos de exposición con apoyo empírico.

1 La relajación autógena y el autocontrol no figuran entre los tratamientos con apoyo para la fobia específica infantil.

2 La reestructuración cognitiva y las tareas gratificantes no son procedimientos de exposición.

3 El reforzamiento y las habilidades sociales no incluyen la exposición al estímulo temido, base de los tratamientos con apoyo.

4 Reúne tres procedimientos de exposición con apoyo empírico.

Ojo. Las fuentes no coinciden en el nivel de la desensibilización en vivo. Fonseca I/A (2021, pág. 466) la clasifica como probablemente eficaz (Davis y Ollendick, 2005), y la 3.ª ed. de Vallejo (2016, cap. 3, pág. 124) dice que la exposición gradual en vivo es el único tratamiento bien establecido. La opción 4 reproduce la revisión de Méndez et al. (2010) que recogía la edición de 2012 del manual de Vallejo, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 466. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 3 (Miedos y fobias infantiles, Méndez Carrillo, Orgilés y Espada), pág. 124.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

186

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

En la Depresión en adolescentes ¿desde qué terapia se trabajan las disputas interpersonales de rol, el duelo, las transiciones de roles y los déficits interpersonales?:

1 Esas son áreas que solo pueden trabajarse en adultos.

2 Cognitiva.

3 Interpersonal. ✓

4 Psicoanalítica.

Duelo, disputas, transiciones de rol y déficits interpersonales son las áreas de la terapia interpersonal

Fonseca I/A describe la **psicoterapia interpersonal** (IPT) como un tratamiento focalizado en las dificultades relacionadas con **pérdidas** (duelos complejos), **conflictos** (disputas interpersonales), **cambios** (transiciones vitales) o **carencias** en las relaciones (déficit interpersonal) que pueden originar o mantener la depresión. Usa estrategias como la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales, y dura entre 12 y 16 sesiones en los casos más graves. En adolescentes, sus efectos han sido confirmados por seis ensayos de dos equipos independientes, y se considera un tratamiento **bien establecido** (grado A) para la depresión adolescente.

1 La IPT se ha adaptado a adolescentes (IPT-A) y es un tratamiento bien establecido para la depresión adolescente.

2 La terapia cognitiva trabaja sobre pensamientos y esquemas.

3 Son las cuatro áreas de trabajo de la terapia interpersonal.

4 La terapia psicoanalítica no se organiza en torno a estas áreas, que son propias de la IPT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, págs. 509-510.

EN EL ATLAS: Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 114

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 3

En el entrenamiento en retención voluntaria de la orina, en el trastorno de enuresis:

1. Los padres despertarán al niño cada 30 minutos hasta que vacíe la vejiga.
2. Se le colocará un “pipi-stop” cuando se incremente la ingesta de líquidos.
3. Se realizará un entrenamiento de control del esfínter, reforzamiento positivo e ingestión de líquidos. ✓
4. No se utilizarán reforzadores, ya que el aprendizaje debe ser natural.

El entrenamiento en retención voluntaria combina retención, ingesta de líquidos y refuerzo

El **entrenamiento en retención voluntaria** (Kimmel y Kimmel, 1970) es un procedimiento de **moldeamiento** basado en el condicionamiento operante que busca aumentar la capacidad funcional de la vejiga. Se aplica durante el día y bajo la supervisión de los padres: estos animan al niño a **beber uno o dos vasos de líquido**, le piden que **retenga la orina** cuando tenga ganas (al principio unos 5 minutos) y alargan el tiempo hasta un máximo de 45 minutos. Al acabar la espera, y siempre antes de orinar, le **refuerzan** por el esfuerzo, aumentando la cuantía del reforzador a medida que crece el tiempo de retención.

1. Los despertares programados forman parte de otro procedimiento, el entrenamiento en cama seca; la retención voluntaria se hace de día.
2. El aumento de líquidos con la alarma por la noche es el sobreaprendizaje, otro componente del tratamiento; la retención voluntaria no usa la alarma.
3. Reúne los tres elementos del procedimiento: retención, refuerzo positivo e ingesta de líquidos.
4. El procedimiento se basa en reforzar las aproximaciones sucesivas, y los padres refuerzan cada espera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, pág. 363. 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. 456.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

Durante la aplicación de la técnica de exposición a la experiencia traumática, en casos de maltrato o abusos sexuales en la infancia:

1. Los síntomas no desaparecen, por lo que no se recomienda su aplicación con niños pequeños.
2. Los niños pueden mostrar un incremento transitorio de los síntomas. ✓
3. No se reducen las cogniciones negativas.
4. No hace falta que el terapeuta controle la intensidad de la emoción.

La exposición al trauma puede aumentar los síntomas del niño de forma transitoria

En el tratamiento cognitivo-conductual del abuso sexual y el maltrato infantil, la **exposición a la experiencia traumática** consiste en exponer al niño a las memorias y recordatorios del acontecimiento para que las respuestas emocionales se desensibilicen o habitúen. Comeche y Vallejo la describen como una de las facetas más dolorosas del tratamiento y advierten que los niños pueden mostrar un **incremento transitorio de los síntomas** durante las intervenciones de exposición. Se aplica cuando el niño ya ha aprendido a relajarse y tiene el grado necesario de **regulación emocional**; con ella se espera reducir la sintomatología del TEPT y las cogniciones y atribuciones inadecuadas, y el terapeuta **controla la intensidad de la emoción** durante cada exposición.

1. El manual espera que la exposición reduzca la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, y considera la narrativa traumática la forma más eficaz y eficiente de reducir el malestar relacionado con el abuso.
2. Es la advertencia que hace el capítulo sobre las intervenciones de exposición.
3. Con la exposición se espera reducir también las cogniciones y atribuciones inadecuadas.
4. Según el manual, el terapeuta controlará la intensidad de la emoción durante cada exposición, que empieza con un malestar medio o bajo y acaba siempre en una intensidad baja.

Ojo. La edición vigente en el Atlas (Vallejo y Rodríguez, 2022, cap. 8, pág. 366) presenta la exposición gradual como estrategia transversal de la TCC centrada en el trauma y pide planificar las sesiones para no generar reacciones emocionales o recuerdos que el niño no esté preparado para afrontar, pero no menciona el incremento transitorio de los síntomas. El dato está en la 3.ª edición (Comeche y Vallejo, 2016, págs. 308-309). La Base del tema C31, Fonseca I/A, cap. 18, no trata este punto.

Para fijarlo. Peor antes de mejor: al tocar el recuerdo, los síntomas pueden subir un tiempo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 7 (Abuso sexual y maltrato infantil), apdo. 6.5, págs. 308-309. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, apdo. 5.1.1, pág. 366.

EN EL ATLAS: Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Comeche y Vallejo 2016 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

189

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Revisar

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el tratamiento que más apoyo empírico ha recibido para la intervención en cáncer infantil?:

1 Terapia sistémica.

2 Terapia breve centrada en soluciones.

3 Terapia humanista.

4 Terapia cognitiva conductual enfocada a la experiencia traumática. ✓

La TCC focalizada en el trauma es la terapia con más evidencia para los niños traumatizados

Comeche y Vallejo recogen que, entre los tratamientos con apoyo empírico para los niños maltratados, solo la **terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma** (TF-CBT; Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006) posee la categoría de **tratamiento eficaz** y es la que cuenta con mayor evidencia empírica. Es una terapia estructurada que trabaja el recuerdo traumático, sus recordatorios actuales y su significado, y el manual añade que no es exclusiva de las situaciones de maltrato, porque se ha empleado con éxito en **diferentes experiencias traumáticas**. La 4.ª edición la sitúa como **tratamiento de primera elección para el TEPT** en niños y adolescentes, y Fonseca recoge su eficacia en menores con diagnóstico de TEPT.

1 Los capítulos consultados no presentan la terapia sistémica entre los tratamientos con apoyo empírico para los niños que han vivido experiencias traumáticas.

2 La terapia breve centrada en soluciones tampoco figura en esos capítulos entre los tratamientos con apoyo empírico.

3 La terapia humanista tampoco aparece entre ellos.

4 Es la terapia que los manuales señalan como la de mayor evidencia y la que se ha extendido a otras experiencias traumáticas además del maltrato.

Ojo. Ninguna obra del corpus del Atlas ni del Fondo Común relaciona la TCC focalizada en el trauma con el cáncer infantil; los manuales la presentan como tratamiento del maltrato y del TEPT infantil. La pregunta se resuelve porque es la única opción con apoyo empírico en el trauma infantil, y por eso queda como dudosa. El capítulo de psicooncología pediátrica de Cruzado describe para el niño hospitalizado programas con inoculación de estrés, relajación, desensibilización y modelado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 7 (Abuso sexual y maltrato infantil), apdos. 5 y 5.1, pág. 285. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, apdo. 5.1, págs. 363 y 365. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, pág. 555.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

190

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 1

En el trastorno por negativismo desafiante, en caso de que sea posible, se recomienda:

1. Incluir una intervención terapéutica con los padres por separado. ✓
2. Trabajar solo con el menor, debido a sus características.
3. Trabajar desde el psicodrama.
4. Hacer solo una intervención grupal de toda la familia.

En el negativismo desafiante conviene intervenir también con los padres, por separado

Comeche y Vallejo recogen las recomendaciones de la **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** (AACAP, 2007) para los trastornos del comportamiento perturbador. La evaluación y las intervenciones serán más eficaces si se establece una buena relación terapéutica **con los menores y con los padres por separado**; además, deben ser **multimodales**, combinar intervenciones individuales y grupales, y prolongarse con un seguimiento a largo plazo, porque se trata de una afectación crónica. Fonseca va en la misma línea: el **tratamiento centrado en los padres** es el que ha mostrado mayor eficacia en el trastorno desafiante y oposicionista y se sitúa como primera elección terapéutica.

1. Es la primera de las recomendaciones de la AACAP que recoge el manual, y los programas para padres son la primera elección según Fonseca.
2. Trabajar solo con el menor choca con estas recomendaciones, que piden una buena relación terapéutica también con los padres.
3. El psicodrama no figura entre las intervenciones recomendadas; la AACAP pide intervenciones multimodales que incluyan componentes farmacológicos, conductuales, cognitivos, familiares y sociales.
4. La AACAP recomienda combinar intervenciones individuales y grupales, de modo que una única intervención grupal con toda la familia no se ajusta a sus pautas.

> **Ojo.** La 4.ª edición de Vallejo y Rodríguez (2022), vigente en el Atlas, ya no recoge esta lista de recomendaciones de la AACAP; está en la 3.ª edición (2016, cap. 12, pág. 520).

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. 12 (Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta), apdo. 6, pág. 520. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, apdo. 2.2, pág. 293.

EN EL ATLAS

Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 169, PIR 2024 · n.º 189

191

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el tratamiento de elección para la fobia a la oscuridad?:

1 Autoinstrucciones de competencia.

2 Exposición en vivo. ✓

3 Exposición en imaginación.

4 Reforzamiento positivo.

La exposición gradual en vivo es el único tratamiento bien establecido para la fobia específica infantil

Vallejo y Rodríguez señalan que la **exposición gradual en vivo** es actualmente el **único tratamiento bien establecido** para la fobia específica en la infancia y la adolescencia; si surgen dificultades, el terapeuta puede plantear una alternativa como imágenes emotivas, manejo de contingencias y modelado. Para el miedo a la oscuridad presentan dos programas, Tío Pies Ligeros y las **escenificaciones emotivas**, en los que el niño se relaciona progresivamente con situaciones de mayor oscuridad. Orgilés et al. añaden que el principal componente de la TCC del miedo a la oscuridad es la exposición sistemática, progresiva y controlada, y que los efectos son superiores cuando se incluye **exposición en vivo** en el entorno natural.

1. Las autoinstrucciones de valentía se suelen entrenar junto a la exposición en vivo, como apoyo para reducir el temor a la situación.
2. Es el único tratamiento bien establecido para la fobia específica infantil y el núcleo de los programas para la oscuridad.
3. La exposición en imaginación, en forma de imágenes emotivas, es una alternativa cuando surgen dificultades para aplicar la exposición en vivo.
4. El reforzamiento positivo, dentro del manejo de contingencias, es otra alternativa o un complemento de la exposición.

Ojo. Orgilés et al. consideran las escenificaciones emotivas el tratamiento de primera elección para la fobia a la oscuridad (cap. 3, apdo. 1.6.2). Son una exposición en vivo dentro de un juego, con economía de fichas y modelado, así que también apoyan la respuesta correcta. La Base del tema C10, Fonseca Adultos, cap. 11, trata adultos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, apdo. 5.2.2, págs. 140-141. Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Cap. 3 (Orgilés, Morales y Méndez), apdos. 1.5 y 1.6.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

192

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

El principal componente en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes es:

1. Detención del pensamiento.
2. Exposición con prevención de respuestas. ✓
3. Práctica reforzada.
4. Extinción.

La exposición con prevención de respuesta es el componente principal de la TCC del TOC infantil

Según las recomendaciones de la AACAP que recogen Vallejo y Rodríguez, la TCC es el tratamiento de primera elección del TOC infantil leve o moderado. Dentro de la TCC, la **exposición con prevención de respuesta** (EPR) es el **componente principal** del tratamiento, aplicada sola o combinada con otras técnicas, y se considera el tratamiento de **primera elección y de mayor apoyo empírico** en el TOC. Consiste en la exposición repetida y prolongada a las situaciones que provocan los miedos obsesivos mientras se impiden las respuestas compulsivas o de escape, y es aconsejable que se realice en el **medio natural** del niño o adolescente y de forma gradual.

1. Fonseca recuerda que la detención del pensamiento y otros procedimientos basados en el control de contingencias solo fueron útiles en un reducido porcentaje de pacientes con TOC.
2. Es el componente principal de la TCC del TOC infantil y el tratamiento de mayor apoyo empírico.
3. La práctica reforzada es una modalidad de exposición de carácter operante que Orgilés et al. describen en la fobia a la oscuridad.
4. La extinción se propone en el TOC infantil para un aspecto concreto, la búsqueda de reaseguración, retirando la tranquilización que dan padres y terapeuta durante la exposición.

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. 5, apdo. 6.1.1, págs. 224-225; cap. 3, pág. 134. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 394. Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Cap. 3 (Orgilés, Morales y Méndez), apdo. 1.4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

193

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

La técnica que consiste en repetir estímulos reforzantes o respuestas hasta que dejen de ser atractivos para el niño se llama:

1. Sobrecorrección.
2. Práctica positiva.
3. Saciación. ✓
4. Reforzamiento negativo.

La saciación hace perder valor al reforzador presentándolo en exceso

La **saciación** se basa en la pérdida de la capacidad reforzante de un reforzador positivo cuando se hace disponible en una **cantidad excesiva**: el individuo queda «saciado» y las conductas que ese reforzador mantenía se debilitan o se extinguen. Así lo explican Gil Roales-Nieto y Gil Luciano, que recuerdan que la técnica fue ideada por Ayllon y Michael (1959) y aplicada al tabaquismo haciendo fumar hasta el punto de saciación. En su versión de respuesta, Morejón la recoge como **práctica masiva**, que consiste en hacer que la persona repita insistentemente la conducta que se busca extinguir. Las dos variantes coinciden con el enunciado, que habla de repetir **estímulos reforzantes o respuestas** hasta que dejen de ser atractivos.

1. La sobrecorrección es una penalización por una conducta inadecuada con dos componentes, la restitución y la práctica positiva.
2. La práctica positiva consiste en llevar a cabo repetidamente, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada, y forma parte de la sobrecorrección.
3. Es la técnica que describe el enunciado, en su versión de estímulo y en la de respuesta o práctica masiva.
4. El reforzamiento negativo aumenta la probabilidad de una conducta retirando un estímulo aversivo.

Ojo. La Base del tema F12, Díaz y Ruiz (cap. 3), no describe la saciación como técnica; solo la menciona como un fenómeno que la economía de fichas evita (pág. 191). La obra que cita el comentario de partida, Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 327, no está en el corpus.

Trampa. La práctica positiva y la práctica masiva suenan parecidas. La primera repite la conducta adecuada dentro de la sobrecorrección y la segunda repite la conducta problema hasta saciar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Tabaquismo, Gil Roales-Nieto y Gil Luciano), págs. 43-44. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 12, pág. 247. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 164, 188 y 191. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 327 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con Morejón (Consulta) y Díaz y Ruiz (Base).

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad Anulada

Anulada

La técnica de escenificaciones emotivas para las fobias infantiles incluye como componentes:

1. Exposición gradual en vivo, modelado participante y reforzamiento positivo.
2. Exposición gradual en vivo, autoinstrucciones y reforzamiento positivo.
3. Exposición gradual en vivo, modelado participante y relajación.
4. Exposición gradual en vivo, autoinstrucciones y entrenamiento en habilidades sociales.

Los manuales describen las escenificaciones emotivas con componentes distintos, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Las **escenificaciones emotivas** de Méndez (1986) son una exposición gradual en vivo al estímulo fóbico dentro de un juego de papeles. Comeche y Vallejo escriben que la relación con los estímulos fóbicos se facilita mediante instrucciones, guía física, **modelado y autoinstrucciones**, y se consolida con **reforzamiento social y material** en un sistema de economía de fichas. Caballo y Simón explican su eficacia por tres vías, entre ellas el refuerzo positivo y el **modelado participante**, y Orgilés et al. les atribuyen cuatro componentes: jerarquía de exposición, juego, economía de fichas y modelado. Las opciones 1 y 2 reúnen componentes que aparecen en el corpus.

1. Caballo y Simón destacan en las escenificaciones emotivas la exposición en vivo, el refuerzo positivo y el modelado participante.
2. Comeche y Vallejo incluyen las autoinstrucciones entre los procedimientos que facilitan la exposición, junto al reforzamiento social y material.
3. La relajación no figura entre los componentes que describen los manuales; su lugar lo ocupan las emociones positivas del juego.
4. El entrenamiento en habilidades sociales no figura entre los componentes de la técnica.

Ojo. El corpus da dos descripciones que encajan con dos opciones distintas: la de Comeche y Vallejo (2016, pág. 132), con autoinstrucciones, y la de Caballo y Simón (2012, págs. 82-83), con modelado participante.

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, pág. 132. 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. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, págs. 141-142. Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Cap. 3 (Orgilés, Morales y Méndez), apdo. 1.6.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

195

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

El programa de tratamiento “Coping Cat” (Kendall) tiene como objetivo el tratamiento de:

1. La ansiedad infantil. ✓
2. La depresión infantil.
3. La hiperactividad.
4. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

El Coping Cat de Kendall es un programa cognitivo-conductual para la ansiedad infantil

El **Coping Cat** («El Gato Valiente») fue creado por **Phillip Kendall** a comienzos de los años noventa. Según Fonseca, se concibió como una intervención individual de 16 sesiones indicada para el **TAG, la ansiedad por separación y la ansiedad social** en niños y adolescentes de 7 a 13 años. Tiene una parte de psicoeducación y otra de **exposición** a las situaciones que provocan ansiedad. Vallejo y Rodríguez lo presentan como el programa cognitivo-conductual más utilizado en la ansiedad por separación y el TAG, con modelado, exposición en vivo, manejo de contingencias y autoinstrucciones, y un metaanálisis de 19 ensayos corrobora su eficacia para reducir la ansiedad.

1. Es el trastorno para el que se diseñó el programa.
2. El Coping Cat se dirige a los trastornos de ansiedad y no figura entre los tratamientos de la depresión infantil en los capítulos consultados.
3. La hiperactividad no está entre las indicaciones del programa, que son el TAG, la ansiedad por separación y la ansiedad social.
4. Los trastornos generalizados del desarrollo tampoco figuran entre sus indicaciones.

Para fijarlo. Un gato que aprende a afrontar sus miedos: el programa es para niños ansiosos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, apdo. 2.1.1, págs. 443-444. 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. 5.2.1, pág. 137.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

196

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes | Revisar

Respuesta correcta: 3

Una estrategia que se puede utilizar en la fase de desvanecimiento de un sistema de economía de fichas es:

1. Disminuir el tiempo entre la entrega de reforzadores.
2. Aumentar el número de conductas que permiten ganar reforzadores.
3. Aumentar la exigencia para obtener reforzadores. ✓
4. Aumentar el número de reforzadores ganados por la ejecución de la conducta meta.

Para retirar la economía de fichas hay que exigir más antes de reforzar

Díaz y Ruiz recomiendan que, al principio de un programa de **economía de fichas**, las fichas se entreguen con mucha frecuencia y poca demora y se puedan cambiar rápidamente por reforzadores. A medida que avanza el programa, interesa que **se acumulen las fichas** para que adquieran más valor simbólico y dependan menos del reforzador tangible, y el programa debe **retirarse paulatinamente** para transferir el valor reforzante a la propia conducta (autorrefuerzo) y al **refuerzo social**. Aumentar la exigencia para conseguir los reforzadores va en esa dirección.

1. Disminuir el tiempo entre la entrega de reforzadores es propio del inicio del programa, cuando conviene entregar las fichas con poca demora.
2. Aumentar el número de conductas que permiten ganar reforzadores facilita conseguirlos, lo contrario de lo que se busca al retirar el programa.
3. Aumentar la exigencia obliga a acumular más fichas, como recomienda el manual a medida que avanza el programa.
4. Dar más reforzadores por la misma conducta mantendría la dependencia del reforzador tangible que se quiere reducir.

Ojo. El corpus no recoge las estrategias de la fase de desvanecimiento con los términos de las opciones; el apoyo está en las recomendaciones generales de Díaz y Ruiz. El comentario de partida las toma de Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, pág. 345, que no está en el corpus ni en el Fondo Común.

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, pág. 190. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 345 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

197 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 2

Cuando un estímulo perteneciente a un campo sensorial determinado produce o activa una alucinación en otra modalidad sensorial diferente, hablamos de:

1. Alucinación funcional.
2. Alucinación refleja. ✓
3. Alucinación extracampina.
4. Alucinación combinada con delirio.

En la alucinación refleja el estímulo y la alucinación pertenecen a modalidades sensoriales distintas

Belloch, Sandín y Ramos describen la **alucinación refleja**, siguiendo a Hamilton (1985), como una variedad mórbida de la sinestesia: un estímulo perteneciente a un campo sensorial determinado activa la aparición de una alucinación en **otra modalidad sensorial diferente**, como el paciente que siente dolor cuando otra persona estornuda. En la **alucinación funcional**, en cambio, el estímulo real y la alucinación se perciben a la vez y en la **misma modalidad**, y la alucinación aparece y desaparece con el estímulo. Caballo, Salazar y Carrobles recogen las dos con estas mismas diferencias, junto a la alucinación negativa y la **extracampina**.

1. En la alucinación funcional el estímulo y la alucinación coinciden en la misma modalidad sensorial, como escuchar voces cada vez que se enciende la lavadora.
2. Es la definición de alucinación refleja que dan Belloch y Caballo.
3. La alucinación extracampina se experimenta fuera del campo visual o auditivo, como ver a alguien sentado detrás cuando se mira de frente.
4. Belloch clasifica la relación con los delirios entre los contenidos de las alucinaciones; las variantes con un estímulo desencadenante son la funcional y la refleja.

TABLA 6.6. EJEMPLOS DE VARIANTES DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

Variante	Ejemplos
FUNCIONALES: percepción simultánea de un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad sensorial	Por la mañana, cuando me encuentro con mi vecina, veo a la vez la imagen de la Virgen María.
FUNCIONALES: percepción simultánea de un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad sensorial	Cuando como salmón y lo miro fijamente, veo a mi alrededor peces saltando.
FUNCIONALES: percepción simultánea de un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad sensorial	Cada vez que enciendo la lavadora, escucho voces que me insultan.
FUNCIONALES: percepción simultánea de un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad sensorial	Cuando en verano pongo el ventilador, veo moscas girando junto a sus aspas.
REFLEJAS: la percepción de un estímulo en una modalidad sensorial desencadena (o se asocia a) una alucinación en otra modalidad sensorial	Al mirar la imagen de Cristo en la cruz, noto cómo el olor a incienso se esparce por toda la iglesia hasta hacerme estornudar.
REFLEJAS: la percepción de un estímulo en una modalidad sensorial desencadena (o se asocia a) una alucinación en otra modalidad sensorial	Cuando oigo el lavavajillas funcionar, noto pinchazos en la cara y me tengo que ir corriendo a lavarme.
REFLEJAS: la percepción de un estímulo en una modalidad sensorial desencadena (o se asocia a) una alucinación en otra modalidad sensorial	Cada vez que hago paella, mientras frío el pollo, me dan dolores terribles en las pantorrillas. No me pasa cuando frío las verduras.
NEGATIVAS: no se percibe un estímulo que está al alcance de los sentidos	Mi abuela se puso a gritar desesperada cuando entró en el cuarto de baño porque no se veía en el espejo a pesar de que la luz estaba encendida. Cuando entré y apagué sin querer la luz, volvió a verse y se tranquilizó.
AUTOSCOPIA: la persona se ve a sí misma como un doble. Incluye sensaciones corporales y cinestésicas	El viernes pasado al salir de clase, me crucé conmigo mismo, pero solo con la mitad de mi cuerpo.
AUTOSCOPIA: la persona se ve a sí misma como un doble. Incluye sensaciones corporales y cinestésicas	A veces, cuando estoy muy estresado, me veo a mí mismo enfrente de mí pero con los brazos en alto.
EXTRACAMPINA: alucinación completamente fuera del campo sensorial posible	Cuando pasan los aviones por encima de mi casa, escucho cómo hablan los pilotos con las azafatas.
EXTRACAMPINA: alucinación completamente fuera del campo sensorial posible	Yo no necesito Skype para oír los cantos en la fiesta de cumpleaños de mi primo que está de Erasmus en Italia.
EXTRACAMPINA: alucinación completamente fuera del campo sensorial posible	No puedo sentarme en el sofá del comedor porque en cuanto lo hago, el demonio se me pone detrás, me chilla y echa bocanadas de fuego por la boca. Lo veo con toda claridad, como si estuviera delante de mí.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.6, pág. 163

Para fijarlo. Refleja, como un reflejo que salta de un sentido a otro: se oye algo y duele otra cosa.

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. 158 y 163-165. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.4.2, pág. 99.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 150

198 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

El mioclonus nocturno es un trastorno vinculado a:

1 Un problema de la vigilia cuando el sujeto se encuentra en estado de reposo.

2 La tercera edad. ✓

3 La adolescencia.

4 Un incremento de los movimientos oculares antidasacádicos.

El mioclonus nocturno tiene una alta prevalencia en la población anciana

En el capítulo de los trastornos del sueño de la 2.ª edición, Belloch, Sandín y Ramos explican que el **mioclonus nocturno** y el **síndrome de las piernas inquietas** son dos disfunciones neuromusculares con una alta prevalencia en la **población anciana**, y estiman que el mioclonus afecta a un 34 por 100 de las personas de más de 60 años. Lo describen como un movimiento periódico y estereotipado, sobre todo de los músculos tibiales anteriores, que empieza cuando el paciente ya está dormido, principalmente en el sueño ligero. El consenso es considerarlo un fenómeno **relacionado con el sueño**, mientras que las piernas inquietas son un problema de la vigilia cuando el sujeto está en reposo.

1 Esa es la descripción del síndrome de las piernas inquietas, un problema de la vigilia cuando el sujeto se encuentra en estado de reposo.

2 Es la población en la que el manual sitúa su alta prevalencia.

3 El manual no lo vincula con la adolescencia; la prevalencia que da se refiere a los mayores de 60 años.

4 El mioclonus afecta a los músculos de las extremidades inferiores, y los movimientos oculares no forman parte de su descripción.

Ojo. La edición vigente en el Atlas (Belloch, Sandín y Ramos, 2020, vol. I, cap. 17, pág. 550) solo define el mioclonus nocturno como una contracción muscular que produce sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño, sin datos de edad. El vínculo con la vejez está en la 2.ª edición (2008, vol. I, cap. 11, pág. 305).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11 (Los trastornos del sueño), pág. 305. 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).

199

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

A la alteración en que la persona inventa falsedades o "fabrica" recuerdos nuevos, sin que haya presencia de demencia o daño neurológico, se denomina:

1 Confabulación.

2 Pseudología fantástica. ✓

3 Fantasiología.

4 Criptoamnesia.

La pseudología fantástica inventa recuerdos por necesidad afectiva, sin lesión cerebral

Belloch, Sandín y Ramos presentan la **pseudología fantástica** y la **confabulación** como dos ejemplos de falsificación de los recuerdos que consisten en fabricar recuerdos para rellenar lagunas. Reservan el término confabulación para las que se dan en el **síndrome amnésico** con conciencia lúcida, muy característica del síndrome de Korsakoff y de algunas demencias. La pseudología fantástica, en cambio, aparece sobre todo en pacientes con **sintomatología conversiva** y en los trastornos facticios, y alude a hechos o narraciones completamente inventados o fantaseados que los propios pacientes llegan a creerse. Caballo, Salazar y Carrobles añaden que estos recuerdos inventados están motivados por **necesidades afectivas**, como darse importancia o ser el centro de atención.

1. La confabulación se da en el síndrome amnésico, sobre todo en el síndrome de Korsakoff y en algunas demencias, es decir, cuando hay daño cerebral.
2. Es la falsificación de recuerdos propia de los cuadros conversivos y facticios, motivada por necesidades afectivas.
3. «Fantasiología» no figura entre las alteraciones de la memoria del corpus.
4. La criptomnesia es un caso de recuerdo sin reconocimiento, en el que falla el reconocimiento de ideas ya conocidas.

Trampa. Confabulación y pseudología fantástica describen el mismo fenómeno; lo que las separa es el contexto, orgánico en la primera y conversivo o facticio en la segunda.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, apdo. VII, pág. 215. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.3.2, pág. 96.

EN EL ATLAS

Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

200

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

Cuando, en el marco de una psicopatología, el discurso es excesivamente detallado, con presencia de excesivos paréntesis, hablamos más propiamente de:

1 Tangencialidad.

2 Logorrea.

3 Pensamiento detallista.

4 Circunstancialidad. ✓

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

Caballo, Salazar y Carrobles definen la **circunstancialidad** como un discurso excesivamente detallado, con **excesivos paréntesis**, en el que hay una demora en alcanzar la meta del discurso. Belloch, Sandín y Ramos añaden que el discurso se pierde en detalles innecesarios y a menudo irrelevantes, fluye de manera indirecta y tarda mucho en llegar a su meta, como si la persona fuera incapaz de diferenciar entre lo accesorio y lo importante. La distinguen del **descarrilamiento** porque la persona **alcanza la meta** del discurso y porque los detalles guardan alguna relación con el tema principal. Puede aparecer, por ejemplo, en el **trastorno obsesivo-compulsivo**.

1 La tangencialidad se refiere a las respuestas que el paciente da a las preguntas, que pueden estar relacionadas con ellas de manera distante o no tener ninguna relación.

2 La logorrea o presión del habla es un incremento en la cantidad y la velocidad del habla espontánea.

3 «Pensamiento detallista» no es el término que usan los manuales para esta alteración.

4 Es la definición de circunstancialidad.

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. 3, apdo. 2.5, pág. 101. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 236.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 81

201

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Qué caracteriza la fuga de ideas?:

1 La persona cree que sus pensamientos no son suyos, sino que se los ha introducido en la mente una fuerza exterior e irresistible.

2 Las ideas se suceden con rapidez, cada frase puede estar más o menos conectada lógicamente con el anterior, pero la meta cambia antes de que se elabore el pensamiento. ✓

3 El discurso es ininteligible, se pueden ignorar las reglas de la sintaxis, y no hay una adecuada conexión entre palabras.

4 La persona cree que una fuerza exterior está robando o extrayendo sus pensamientos.

En la fuga de ideas las frases se enlazan, pero la meta cambia antes de completar el pensamiento

Caballo, Salazar y Carrobles recogen dos formas de entender la **fuga de ideas**: como un **descarrilamiento** que ocurre en el contexto de la **presión del habla**, con ideas que se suceden con rapidez, o como un patrón en el que las ideas se suceden con rapidez y cada frase puede estar más o menos conectada lógicamente con la anterior, pero **la meta cambia** antes de que se elabore el pensamiento. Belloch, Sandín y Ramos recogen el mismo debate. Andreasen propone no separarla del descarrilamiento, y Sims sostiene que en la fuga de ideas se mantiene una cierta **conexión lógica** entre las ideas, aunque la idea directriz inicial acaba por perderse.

1 Creer que los pensamientos no son propios y los ha introducido una fuerza exterior corresponde a la inserción del pensamiento, uno de los delirios de control o pasividad.

2 Es la segunda definición que recoge Caballo, que coincide con la postura de Sims.

3 Un discurso ininteligible, que ignora las reglas de la sintaxis y sin una adecuada conexión entre palabras, es la incoherencia o ensalada de palabras.

4 Creer que una fuerza exterior roba o extrae los pensamientos es el robo o privación del pensamiento, otro delirio de control.

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. 3, apdo. 2.5, pág. 101. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 234-235; cap. 5, pág. 136.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

202

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 3

Las contracciones bruscas y violentas de la musculatura voluntaria asociadas a los movimientos espasmódicos, se denominan:

1 Estereotipias.

2 Temblores.

3 Convulsiones. ✓

4 Tics.

Las convulsiones son contracciones bruscas y violentas de la musculatura voluntaria

Caballo, Salazar y Carrobles definen las **convulsiones** como contracciones bruscas y violentas de la **musculatura voluntaria** asociadas a los movimientos espasmódicos, dentro de los movimientos involuntarios. Belloch, Sandín y Ramos las caracterizan como la contracción violenta, incontrolable y difusa de la musculatura voluntaria, característica de la **epilepsia**, aunque también aparecen en traumatismos craneales, abstinencia al alcohol, tumores o trastornos metabólicos. Las clasifican como **focales** o **generalizadas** según el área donde se inicia la crisis, y las incluyen, con la corea, el balismo, la mioclonía y los tics, entre los movimientos espasmódicos.

1. Las estereotipias son movimientos repetitivos y estereotipados que se producen reiteradamente sin finalidad y no apropiados al contexto.
2. Los temblores son movimientos oscilatorios involuntarios, rítmicos y regulares, debidos a una contracción síncrona alternante de músculos agonistas y antagonistas.
3. Es la definición de convulsiones.
4. Los tics son movimientos involuntarios, repetidos y espasmódicos, más o menos breves, que carecen de meta y suelen implicar a pocos grupos musculares.

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. 3, apdo. 2.7, pág. 107. 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 Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

203 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 4

Los estados transitorios de inicio y fin súbitos, con amnesia lacunar posterior, caracterizados por estrechamiento de la conciencia y ausencia de atención al entorno se denominan:

1 Alucinoides.

2 Deliroides.

3 Oniroides.

4 Crepusculares. ✓

Los estados crepusculares estrechan la conciencia y dejan una amnesia lacunar

Caballo, Salazar y Carrobles describen los **estados crepusculares** como estados transitorios de **inicio y fin súbitos** asociados a la epilepsia, sobre todo del lóbulo temporal, con **amnesia lacunar** posterior y caracterizados por el **estrechamiento de la conciencia**, la ausencia de atención al entorno, un curso del pensamiento confuso, explosiones emocionales, conductas automáticas y alteraciones de la identidad. Belloch, Sandín y Ramos los incluyen entre las alteraciones cualitativas de la conciencia y añaden que la persona puede deambular sin rumbo durante horas, lo que se conoce como fuga epiléptica, poriomanía, dromomanía o dromofilia.

1 Las imágenes alucinoides son pseudopercepciones a las que el individuo no otorga juicio de realidad, y los manuales las clasifican entre las alteraciones de la percepción.

2 Las ideas deliroides son, según la distinción atribuida a Jaspers, los delirios secundarios, frente a los delirios primarios o verdaderos.

3 En los estados oniroides la persona vive ilusiones o alucinaciones con gran claridad, y puede salir transitoriamente de ese estado con perplejidad y desorientación, pero sin amnesia posterior.

4 Es la descripción de los estados crepusculares.

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. 3, apdo. 2.1, págs. 91 y 99. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 134-135; cap. 8, pág. 256.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes alteraciones se considera una distorsión perceptiva de la intensidad de un estímulo?:

1 Metamorfopsia.
2 Dismorfopsia.
3 Hiperestesia. ✓
4 Pareidolias.

La hiperestesia es una distorsión en la intensidad con que se perciben los estímulos

Belloch, Sandín y Ramos clasifican las psicopatologías de la percepción en **distorsiones** y **engaños perceptivos**. Entre las distorsiones, las anomalías en la percepción de la **intensidad de los estímulos** pueden producirse por exceso o por defecto a lo largo de un continuo. En el primer caso se califican como **hiperestesias**, percibir los estímulos con mayor intensidad de la esperable, y en el segundo como hipoestesias; la ausencia absoluta de percepción de la intensidad estimular se denomina anestesia. Las **metamorfopsias** son distorsiones del tamaño o la forma, y las pareidolias, una modalidad de ilusión.

1. La metamorfopsia es el término general para las distorsiones en la percepción visual de la forma o el tamaño de los objetos.
2. La dismorfopsia es la anomalía en la percepción de la forma, una de las metamorfopsias.
3. Es la distorsión de la intensidad por exceso.
4. Las pareidolias son una modalidad de ilusión en la que se reconstruye un estímulo ambiguo para darle un significado, como ver elefantes en las nubes.

TABLA 6.1. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOPATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y LA IMAGINACIÓN

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

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

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 150-151. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.4.1, pág. 98.

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

205

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

El síndrome amnésico se caracteriza por:

1. Presentar amnesia anterógrada, que puede ir acompañada o no de amnesia retrógrada. ✓
2. Presentar exclusivamente amnesia retrógrada.
3. Presentar amnesia retrógrada, que puede ir acompañada o no de amnesia anterógrada.
4. Presentar exclusivamente amnesia anterógrada.

El síndrome amnésico tiene en su centro la amnesia anterógrada, con o sin retrógrada

Belloch, Sandín y Ramos reservan la denominación de **síndrome amnésico** para los casos en que una **lesión cerebral** produce un déficit global y permanente de memoria sin otros deterioros intelectuales. El amnésico se caracteriza por una gran dificultad para retener información nueva, es decir, por una **amnesia anterógrada**, **acompañada o no de amnesia retrógrada**, y por eso el manual dice que la amnesia anterógrada es el corazón del síndrome. Caballo, Salazar y Carrobles lo definen en los mismos términos y señalan el síndrome de Korsakoff como un tipo específico de síndrome amnésico.

1. Es la definición que dan los dos manuales.
2. La amnesia retrógrada aislada no define el síndrome, cuyo núcleo es la dificultad para retener información nueva.
3. Invierte los términos, porque la amnesia anterógrada es la constante y la retrógrada puede acompañarla o no.
4. El síndrome puede ir acompañado de amnesia retrógrada, de modo que la amnesia no es exclusivamente 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, apdos. II-III, págs. 198-199. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.3.1, pág. 96.

EN EL ATLAS

Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 72

206

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 1

Los movimientos a los que les falta naturalidad y que suenan forzados, afectados o rebuscados, se les denomina:

1 Manierismos. ✓

2 Bradicinesias.

3 Bradipraxias.

4 Acinesias.

Los manierismos son movimientos sin naturalidad, forzados o rebuscados

Caballo, Salazar y Carrobles definen los **manierismos** como movimientos a los que les falta naturalidad y que hacen que la persona tenga un estilo individual de movimientos que resulta **forzado, exagerado o rebuscado**. Belloch, Sandín y Ramos los describen como conductas extravagantes, modos característicos de hacer las cosas o **variaciones propias o extrañas de conductas normales**, y recuerdan que el DSM-5 los define como un estilo individual, peculiar y característico del movimiento, la acción, el pensamiento o el discurso. Son característicos de la **esquizofrenia** y constituyen un síntoma de la catatonía.

1. Es la definición de manierismos.
2. La bradicinesia es la lentitud en la ejecución de los movimientos voluntarios, que suele describir la sintomatología motora de la enfermedad de Parkinson.
3. «Bradipraxia» no figura entre las alteraciones motoras del corpus.
4. La acinesia es el extremo del retardo psicomotor, la ausencia de movimientos voluntarios.

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. 3, apdo. 2.7, pág. 108. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 323 y 337.

EN EL ATLAS

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

207

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 2

¿Qué caracteriza una alucinación funcional?:

1. Que la persona sufre alucinaciones en función de su estado afectivo.
2. Que un mismo estímulo provoca, al mismo tiempo, una percepción normal y una alucinación en la misma modalidad sensorial. ✓
3. Que la persona sufre alucinaciones que están en función de la presencia de otros síntomas psicóticos.
4. Que un estímulo produce al mismo tiempo una percepción normal y una alucinación, pero en distinta modalidad sensorial.

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

En la **alucinación funcional**, según Belloch, Sandín y Ramos, un estímulo que existe fuera del individuo y es accesible a sus órganos sensoriales desencadena la alucinación, y tanto el estímulo como la alucinación se perciben de modo **simultáneo y en la misma modalidad sensorial**. Por ejemplo, un paciente oye la voz de Dios al mismo tiempo que las campanadas del reloj y deja de oírla cuando cesan. El estímulo se percibe correctamente y su percepción se superpone a la alucinación, que se llama funcional porque está **en función de estímulos externos**. Cuando la modalidad es distinta se habla de **alucinación refleja**.

1. La alucinación funcional se define por su dependencia de un estímulo externo percibido a la vez; el estado afectivo no forma parte de la definición.
2. Es la definición de alucinación funcional.
3. La relación con otros síntomas psicóticos tampoco forma parte de la definición, aunque el manual señala que es frecuente en la esquizofrenia, sobre todo en pacientes crónicos.
4. Cuando el estímulo y la alucinación pertenecen a modalidades sensoriales distintas se trata de una alucinación refleja.

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. 163-164. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.4.2, pág. 99.

EN EL ATLAS

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

208

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 1

La aprosexia se refiera a:

1. Ausencia total de atención. ✓
2. Falta de sensibilidad perceptiva.
3. Déficit en la expresión emocional.
4. Distorsión mnésica.

La aprosexia es la ausencia total de atención

Belloch, Sandín y Ramos sitúan las alteraciones atencionales en un continuo cuantitativo y definen la **aprosexia** como una **reducción máxima de la disposición atencional**, es decir, una **ausencia total de atención**; a veces el término se restringe a la falta de atención total, como ocurriría en el coma. Caballo, Salazar y Carrobles la colocan en el extremo de la **hipoprosexia**, la incapacidad o capacidad disminuida para enfocar la atención, frente a la hiperconcentración o hiperprosexia del otro extremo. Los dos manuales la distinguen de la inatención, una falta de atención al medio por exceso de fijación en los propios contenidos mentales.

1. Es la definición de aprosexia.
2. La falta de sensibilidad perceptiva corresponde a las anomalías de la intensidad de la percepción, como la hipoestesia o la anestesia.
3. El déficit en la expresión emocional pertenece a la psicopatología de la afectividad, que los manuales tratan aparte de la atención.
4. Las distorsiones de la memoria son las paramnesias y las parapraxias, que afectan a cómo se recuerda o se reconoce.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 124; cap. 6, pág. 150. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 2.2 y 2.3.2, págs. 94 y 96.

EN EL ATLAS

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

209

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

En el delirio de referencia:

1. La persona se ve a sí misma en el espacio exterior.
2. La persona tiene la creencia de que detalles, frases o acontecimientos, aparentemente sin importancia, se refieren a ella o tienen una significación especial para ella. ✓
3. La persona tiene la sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una entidad referente.
4. La persona oye voces que se refieren a ella en tercera persona.

En el delirio de referencia hechos sin importancia se viven como dirigidos a uno mismo

Belloch, Sandín y Ramos describen los **delirios de referencia o de alusión** como aquellos en los que la persona interpreta que ciertos acontecimientos, gestos, comentarios o señales del ambiente **sin importancia o ambiguos** se dirigen hacia ella de modo específico o tienen un **significado particular** y no usual, que suele ser negativo y peyorativo. La persona cree que lo que sucede a su alrededor tiene una intencionalidad que ella debe captar. El manual lo distingue de la **autorreferencia**, un trastorno formal en el que el discurso se lleva constantemente hacia uno mismo, y añade que una autorreferencia muy frecuente puede dar lugar a un delirio de referencia.

1. Verse a sí mismo como un doble es la autoscopia, una variante de la experiencia alucinatoria.
2. Es la definición de delirio de referencia.
3. Sentir que los sentimientos o las acciones están controlados por una fuerza externa es el delirio de control, de ser controlado o de pasividad.
4. Oír voces que hablan de uno en tercera persona es un tipo de alucinación auditiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 237 y 260; cap. 6, tabla 6.6, pág. 163. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.4.2, pág. 99.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

210

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Las imágenes hipnopómpicas se caracterizan por:

1. Producirse en un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, es decir, ocurren cuando nos estamos despertando. ✓
2. Ser distorsiones perceptivas que se producen generalmente en la modalidad visual.
3. Ser engaños perceptivos que indican una patología neurológica.
4. Ser distorsiones auditivas, visuales y/o táctiles que se producen cuando estamos durmiendo.

Las imágenes hipnopómpicas aparecen al despertar

Belloch, Sandín y Ramos explican que las **imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas**, llamadas en algunos textos clásicos alucinaciones fisiológicas, aparecen en estados de **semiconsciencia entre la vigilia y el sueño**. El término hipnagógica se reserva para las que acompañan al adormecimiento, y el de **hipnopómpica** para las que se experimentan en el breve período que va desde el sueño hasta el **despertar**. Son pseudopercepciones, es decir, **engaños perceptivos**, que pueden darse en todas las modalidades sensoriales, sobre todo la auditiva y la visual, y son extraordinariamente comunes en la población general no clínica.

1. Es la definición de imagen hipnopómpica.
2. El manual las clasifica entre los engaños perceptivos y señala que pueden darse en todas las modalidades, sobre todo la auditiva y la visual.
3. Son experiencias extraordinariamente comunes en la población general no clínica; cerca del 70 % de la población las ha experimentado con cierta frecuencia.
4. Aparecen en la transición entre el sueño y la vigilia, en estado de semiconsciencia, y son engaños perceptivos.

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 y 154. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 2.4.2, págs. 98-99.

EN EL ATLAS

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

211 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual

Respuesta correcta: 2

¿Qué gen está implicado en la diferenciación de la gónada bipotencial en testículo u ovario?:

1. El gen Wnt4.
2. El gen Sry. ✓
3. El gen Fst.
4. El gen Foxl2.

El gen SRY del cromosoma Y convierte la gónada indiferenciada en testículo

Carlson y Birkett explican que en la sexta semana del desarrollo prenatal los fetos de ambos sexos tienen un par de **gónadas indiferenciadas** idénticas, que pueden convertirse en testículos u ovarios. Lo que controla su evolución parece ser un gen singular del cromosoma Y, el **gen SRY**, que produce una proteína que se une al ADN de las células de esas gónadas y hace que se conviertan en **testículos**; sin él, se convierten en **ovarios**. Del Abril et al. añaden que los sujetos XY a los que les falta este gen son fenotípicamente mujeres y que su función es potenciar la expresión de otro gen, el **SOX9**.

1. Papalia y Martorell mencionan la molécula señalizadora Wnt-4 entre las variantes genéticas que intervienen en el desarrollo del sistema reproductivo femenino; el gen que inicia la diferenciación de la gónada es el SRY.
2. Es el gen que inicia la diferenciación de las gónadas en testículos.
3. El gen Fst no aparece en los manuales del corpus, que atribuyen la diferenciación de la gónada al gen SRY.
4. El gen Foxl2 tampoco aparece en los manuales del corpus.

Ojo. Ninguna obra del corpus menciona los genes Fst y Foxl2; esos distractores solo se descartan porque los manuales atribuyen al SRY el control de la diferenciación gonadal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 10, pág. 296. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 2, págs. 53-54. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 3, pág. 52.

EN EL ATLAS

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

212

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 4

Uno de los sustratos fisiológicos del proceso homeostático que impulsa el sueño está constituido por:

1. La histamina liberada por las neuronas del núcleo tuberomamilar del hipotálamo.
2. Las neuronas orexinérgicas del hipotálamo lateral.
3. El sistema noradrenérgico del locus coeruleus.
4. La adenosina que actúa sobre el área preóptica ventrolateral. ✓

La adenosina acumulada durante la vigilia es el factor homeostático que impulsa el sueño

Carlson y Birkett explican que el **factor homeostático** primario que controla el sueño es la presencia o ausencia de **adenosina**, que los astrocitos liberan cuando las neuronas consumen glucógeno, se acumula en el encéfalo a lo largo de la vigilia y se destruye durante el sueño de ondas lentas. Este sueño se produce cuando se activan las neuronas del **área preóptica ventrolateral** (APOvl), que inhiben los sistemas de la vigilia. La administración de un agonista de la adenosina en el APOvl activa esas neuronas e incrementa el sueño de ondas lentas. Histamina, orexina y noradrenalina pertenecen, en cambio, a los **sistemas de arousal**, con niveles altos en la vigilia.

1. Las neuronas histaminérgicas del núcleo tuberomamilar forman parte de los sistemas de arousal, con niveles altos en la vigilia y bajos durante el sueño.
2. Las neuronas orexinérgicas del hipotálamo lateral ayudan a mantener el circuito flip-flop de sueño y vigilia en el estado de vigilia.
3. El sistema noradrenérgico del locus coeruleus también promueve la vigilia, con niveles altos en ese estado.
4. Es el mecanismo homeostático que describe el manual.

TABLA 9.3. RESUMEN DE LOS NIVELES NEUROQUÍMICOS QUE INTERVIENEN EN LA REGULACIÓN DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

Sustancia química	Región del encéfalo que contiene los somas celulares	Niveles de vigilia	Niveles de sueño de ondas lentas	Niveles REM
Adenosina	—	Aumento con períodos más largos de vigilia	Decreciente	—
Acetilcolina	Protuberancia, prosencéfalo basal, tabique medial	Alto	Bajo	Alto
Noradrenalina	Locus coeruleus (LC)	Alto	Bajo	Bajo
Serotonina	Núcleos del rafe	Alto	Decreciente	Bajo
Histamina	Núcleo tuberomamilar	Alto	Bajo	Bajo
Orexina	Hipotálamo lateral	Alto	Bajo	Bajo

Fuente: Carlson y Birkett (2018), cap. 9, tabla 9.3, pág. 276

Para fijarlo. La adenosina es la cuenta del día: se acumula mientras estamos despiertos y el sueño la salda.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, tabla 9.3, págs. 271, 276, 278 y 281.

EN EL ATLAS

Tema K9 · Sueño y ritmos biológicos. Se estudia con Carlson (Base).

213

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 1

La enfermedad de Huntington es un trastorno motor de origen genético producido por la degeneración del:

1. Núcleo caudado y del putamen. ✓
2. Cerebelo.
3. Área motora primaria.
4. Núcleo fastigial.

La enfermedad de Huntington degenera el núcleo caudado y el putamen

Carlson y Birkett describen la **enfermedad de Huntington** como otra enfermedad de los **núcleos basales**, que se debe a la degeneración del **núcleo caudado y el putamen**. Mientras que la enfermedad de Parkinson produce carencia de movimientos, la de Huntington provoca **movimientos incontrolables**, que se parecen a fragmentos de movimientos dirigidos a un fin pero ocurren de forma involuntaria. Es un trastorno hereditario provocado por un gen dominante en el cromosoma 4. Del Abril et al. la sitúan, como **corea de Huntington**, entre los trastornos **hipercinéticos** que aparecen cuando se rompe el equilibrio de los circuitos de los ganglios basales.

1. Es la degeneración que origina la enfermedad.
2. El cerebelo participa en el control del movimiento a través de sus núcleos profundos, pero el manual atribuye la enfermedad de Huntington a los núcleos basales.
3. La pérdida de neuronas del putamen suprime un control inhibidor sobre las áreas premotora y motora suplementaria, y solo al progresar la enfermedad se observa degeneración en otras regiones, incluida la corteza cerebral.
4. El núcleo fastigial es uno de los núcleos cerebelosos profundos, que recibe los impulsos del vermis.

Ojo. La Base del tema K7, Del Abril et al. (cap. 12), solo nombra la corea de Huntington como trastorno hipercinético de los ganglios basales; la degeneración del caudado y el putamen está en Carlson (cap. 15).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, pág. 503; cap. 8, pág. 247. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 383.

EN EL ATLAS

Tema K7 · Control motor. Carlson no es fuente de este tema. Se estudia con Del Abril (Base) y Carlson (Consulta).

214

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 2

El síndrome de Korsakoff es un trastorno neurológico que afecta especialmente a los cuerpos mamilares del hipotálamo y que está provocado por un déficit de :

1. Cianocobalamina (vitamina B12).
2. Tiamina (vitamina B1). ✓
3. Riboflavina (vitamina B2).
4. Ácido fólico (vitamina B9).

El síndrome de Korsakoff se debe a un déficit de tiamina

Carlson y Birkett explican que el **síndrome de Korsakoff** está causado por factores ambientales y es consecuencia de una **deficiencia de tiamina (vitamina B1)**, habitualmente provocada por el **alcoholismo crónico**: los alcohólicos suelen seguir una dieta deficiente y el alcohol interfiere en la absorción intestinal de la tiamina. El daño característico se produce en los **cuerpos mamilares**, en el hipotálamo posterior, y causa amnesia anterógrada. Junqué y Barroso lo atribuyen a la combinación del abuso crónico de alcohol y el déficit de tiamina por malnutrición continuada, y Belloch, Sandín y Ramos sitúan la lesión en el diencéfalo, con los cuerpos mamilares y los núcleos dorsomediales del tálamo.

1. La cianocobalamina (vitamina B12) no aparece en el corpus como causa del síndrome de Korsakoff.
2. Es la vitamina cuyo déficit causa el síndrome.
3. La riboflavina (vitamina B2) tampoco.
4. El ácido fólico (vitamina B9) tampoco.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, pág. 511. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 3, apdo. 3.2.1, pág. 102. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 200-201.

EN EL ATLAS

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

215

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 1

Una sonrisa verdadera, en comparación con una falsa, se caracteriza por la activación anatómica del:

1. Músculo orbicular de los ojos (orbicularis oculi). ✓
2. Músculo orbicular de los labios (orbicularis oris).
3. Músculo cigomático mayor (zygomaticus major).
4. Músculo risorio (risorius).

La sonrisa genuina añade la contracción del orbicular de los ojos

Carlson y Birkett recogen que Ekman y Davidson confirmaron una observación del neurólogo del siglo XIX **Guillaume-Benjamin Duchenne de Boulogne**: las sonrisas de felicidad genuina, frente a las sonrisas falsas o sociales, implican la contracción de un músculo cercano a los ojos, la parte lateral del **músculo orbicularis oculi**, hoy llamado **músculo de Duchenne**. Según Duchenne, el **cigomático mayor** obedece a la voluntad, mientras que el orbicular solo interviene para manifestar las emociones agradables. Redolar añade que una falsa sonrisa se distingue de la verdadera en que la primera se produce únicamente por la contracción del cigomático mayor.

1. Es el músculo que distingue la sonrisa genuina.
2. El orbicular de los labios no figura en la descripción de la sonrisa de Duchenne que dan los manuales.
3. El cigomático mayor interviene en la sonrisa genuina y en la falsa, porque puede contraerse voluntariamente.
4. El músculo risorio tampoco figura en esa descripción.

> **Trampa.** El cigomático mayor está en las dos sonrisas; lo que distingue a la genuina es que se suma el orbicular de los ojos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, págs. 355-356.
Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 24, pág. 640.

EN EL ATLAS

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

216 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 3

A nivel cerebral, el control de los ritmos biológicos estacionales está regido por:

1. El núcleo rojo.
2. El núcleus interpóritus.
3. La glándula pineal. ✓
4. La retina.

La glándula pineal y su melatonina controlan los ritmos estacionales

Carlson y Birkett explican que en el control de los **ritmos estacionales** participa, además del núcleo supraquiasmático (NSQ), la **glándula pineal**, situada por encima del mesencéfalo y delante del cerebelo. En respuesta a las aferencias del NSQ, que le llegan a través del núcleo paraventricular del hipotálamo y del sistema nervioso simpático, la glándula pineal segrega **melatonina** durante la noche, y en los mamíferos la melatonina controla los ritmos estacionales. Durante las noches prolongadas se segrega mucha melatonina y el animal entra en la **fase de invierno** de su ciclo, y las lesiones del NSQ, del núcleo paraventricular o de la glándula pineal alteran estos ritmos.

1. El núcleo rojo recibe proyecciones de los núcleos interpuestos del cerebelo y forma parte del sistema rubroespinal, que controla movimientos de brazos y piernas.
2. Los núcleos interpuestos son núcleos cerebelosos profundos implicados en el control del movimiento.
3. Es la estructura que controla los ritmos estacionales mediante la melatonina.
4. La retina aporta la información sobre la luz que sincroniza el NSQ, pero los ritmos estacionales dependen de la glándula pineal y de su melatonina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 287 y 289-290; cap. 8, pág. 247.

EN EL ATLAS: Tema K9 · Sueño y ritmos biológicos. Se estudia con Carlson (Base).

217

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 2

El neurotransmisor implicado en la base física de la contracción muscular (a nivel de la unión neuromuscular) es:

1. La dopamina.
2. La acetilcolina. ✓
3. La actina.
4. La miosina.

La acetilcolina es el neurotransmisor de la unión neuromuscular

Del Abril et al. explican que los terminales sinápticos del axón de la motoneurona penetran hasta una región especializada de la membrana de la fibra muscular, la **placa terminal** o placa motora, y liberan el neurotransmisor **acetilcolina** (ACh), que actúa sobre los **receptores nicotínicos** allí localizados. La unión de la ACh a sus receptores abre los canales para Na+ y K+ y produce el **potencial de placa terminal**, que desencadena un potencial de acción y la contracción de la fibra muscular. La **actina** y la **miosina**, en cambio, son las proteínas filamentosas del sarcómero que se han especializado en producir la contracción muscular.

1. La dopamina no interviene en la unión neuromuscular, donde las motoneuronas liberan acetilcolina.
2. Es el neurotransmisor que liberan los terminales de la motoneurona en la placa motora.
3. La actina forma los filamentos delgados del sarcómero y es una de las dos proteínas especializadas en producir la contracción.
4. La miosina forma los filamentos gruesos del sarcómero.

Trampa. Las opciones 3 y 4 son proteínas de la contracción muscular, con lo que mezclan el mecanismo contráctil con la transmisión química en la placa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 359 y 362.

EN EL ATLAS

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

218

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 3

¿Qué células sensibles a la luz envían sus señales al núcleo supraquiasmático?:

1. Las células orexinérgicas del hipotálamo lateral.
2. Las células magnocelulares del núcleo geniculado lateral.
3. Las células ganglionares fotosensibles de la retina. ✓
4. Los conos y bastones de la retina.

Las células ganglionares con melanopsina informan de la luz al núcleo supraquiasmático

Carlson y Birkett explican que la luz sincroniza el **núcleo supraquiasmático** (NSQ) a través de fibras que van directamente de la retina, la **vía retinohipotalámica**. La sustancia fotoquímica responsable, la **melanopsina**, se halla en las **células ganglionares**, a diferencia de otros fotopigmentos retinianos, que están en los bastones y los conos. Las células ganglionares que contienen melanopsina son sensibles a la luz y sus axones terminan en el NSQ. Por eso las personas que se han quedado ciegas por la pérdida de conos y bastones siguen teniendo **ritmos circadianos normales**.

1. Las neuronas orexinérgicas del hipotálamo lateral participan en el control del arousal y la vigilia.
2. Las capas magnocelulares del núcleo geniculado lateral forman parte de la vía visual que llega a la corteza estriada.
3. Son las células que aportan al NSQ la información sobre la luz.
4. Los conos y los bastones no participan en este efecto; las personas ciegas por la pérdida de estos fotorreceptores mantienen ritmos circadianos normales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 275 y 287; cap. 6, pág. 158.

EN EL ATLAS

Tema K9 · Sueño y ritmos biológicos. Se estudia con Carlson (Base).

219

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 1

El Coeficiente de Correlación de Pearson se ve reducido si:

1. Aumenta la homogeneidad de la muestra. ✓
2. Aumenta el tamaño de la muestra.
3. Se calcula en puntuaciones típicas.
4. Se intercambian X e Y.

La correlación de Pearson disminuye cuando la muestra es más homogénea

Muñiz recuerda que la **correlación entre dos variables tiende a aumentar con la variabilidad de la muestra**, por lo que, para interpretar un coeficiente de validez, es de suma importancia conocer la **variabilidad del grupo** en que se calculó; si se selecciona a las personas por una variable, la variabilidad disminuye. Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda señalan que el coeficiente de correlación es sensible al rango de las variables y que, a **menor variabilidad, menor correlación**. Una muestra más homogénea tiene menos variabilidad y reduce el coeficiente. Suárez Falcón et al. añaden que el coeficiente de Pearson es un **índice simétrico** y que su valor absoluto no se ve afectado por **transformaciones lineales**.

1. Más homogeneidad supone menos variabilidad, y con menos variabilidad la correlación es menor.
2. Los manuales no relacionan el tamaño de la muestra con un descenso del coeficiente; el factor que señalan es la variabilidad del grupo.
3. Las puntuaciones típicas se obtienen mediante una transformación lineal de las directas, y el valor absoluto de r no se ve afectado por las transformaciones lineales.
4. El coeficiente de Pearson es un índice simétrico, de modo que la correlación de X con Y es igual que la de Y con X.

Ojo. La Base del tema L11, Suárez Falcón et al. (cap. 5), recoge las propiedades del coeficiente que descartan las opciones 3 y 4, pero el efecto de la homogeneidad de la muestra está en los manuales de psicometría.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, apdo. 3, págs. 113-114. Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2006). Psicometría. Alianza. Cap. 2, apdo. 5.1, pág. 46. Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 201.

EN EL ATLAS

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

220

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 3

Cuando afirmamos que un test es válido nos estamos refiriendo a que sus puntuaciones:

1 Son precisas.

2 Son estables.

3 Sirven para los fines previstos. ✓

4 Carecen de error aleatorio.

Un test es válido cuando sus puntuaciones permiten las inferencias y los usos previstos

Muñiz distingue dos cuestiones. La **precisión** de las mediciones realizadas con los test se denomina **fiabilidad**, mientras que la tecnología psicométrica encargada de mostrar que las **inferencias** hechas acerca del funcionamiento de las personas a partir de los test son **correctas** es lo que denominamos **validez**. Los estándares más recientes incluyen además en el proceso de validación las **consecuencias del uso** de los test. Las otras tres opciones remiten a la fiabilidad, que en el modelo clásico se refiere a la estabilidad de las mediciones y cuyo coeficiente se define a partir de la varianza de los errores de medida.

1. La precisión de las mediciones es lo que Muñiz denomina fiabilidad.
2. La estabilidad de las mediciones es una propiedad de la fiabilidad, que el método test-retest estima con el coeficiente de estabilidad.
3. Que las puntuaciones sirvan para los fines previstos equivale a que estén justificadas las inferencias y los usos que se hacen de ellas, que es lo que estudia la validez.
4. La ausencia de error aleatorio remite también a la fiabilidad, cuyo coeficiente se define a partir de la varianza de los errores.

Para fijarlo. Fiable es medir con precisión; válido es que lo medido sirva para lo que se quiere concluir.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 101 y 107; cap. 2, págs. 25, 27 y 41.

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

221

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 3

En lo que respecta a los componentes de la varianza total de los datos, la varianza de error es una fuente de variación que:

1. Forma parte de la varianza sistemática de los datos.
2. Tiene lugar en la variable independiente debido a la influencia de variables extrañas o perturbadoras.
3. Es debida a factores aleatorios. ✓
4. Se conoce también como varianza intergrupos.

La varianza de error recoge las fluctuaciones de los datos debidas a factores aleatorios

Quintanilla et al. explican que la **varianza total** de la variable dependiente tiene dos componentes: una parte relacionada de forma sistemática con las variables de la investigación, la **varianza sistemática**, y otra relacionada con **factores aleatorios**, la **varianza error**. La sistemática se descompone a su vez en primaria, debida a la manipulación de la variable independiente, y secundaria, debida a variables extrañas conocidas y predecibles. Balluerka y Vergara definen la varianza de error o **varianza intragrupo** como el conjunto de fluctuaciones que, debido a factores aleatorios, presentan los datos en cualquier dirección con respecto a su promedio, y la llaman varianza asistemática e impredecible.

1. La varianza de error es la parte de la variabilidad que no es sistemática.
2. La influencia de variables extrañas o perturbadoras sobre la variable dependiente da lugar a la varianza sistemática secundaria.
3. Es la definición de varianza de error.
4. La varianza intergrupos es la varianza sistemática primaria; la de error se conoce como varianza intragrupo.

Trampa. Las opciones 2 y 4 describen bien las dos varianzas sistemáticas, la secundaria y la primaria, pero se las atribuyen a la varianza de error.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.1 (sin paginación impresa). Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 3, págs. 18-19.

EN EL ATLAS

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

222

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)

Respuesta correcta: 3

Para la utilización de pruebas estadísticas paramétricas, es necesario analizar el cumplimiento de los supuestos del modelo estadístico. En este sentido, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Para analizar el supuesto de homogeneidad de las varianzas, se recomienda utilizar la prueba de Levene por ser robusta ante el incumplimiento del supuesto de normalidad de la variable dependiente.
2. La utilización de una regla de asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales es uno de los procedimientos más utilizados para garantizar el cumplimiento del supuesto de independencia de las observaciones.
3. Para medir el cumplimiento de la normalidad de las puntuaciones de la variable dependiente, se recomienda utilizar la prueba de Bartlett. ✓
4. Ante la presencia de heterocedasticidad, uno de los métodos que puede utilizarse radica en la corrección de los grados de libertad de la prueba F, denominándose dicha prueba F conservadora.

La prueba de Bartlett sirve para contrastar la homogeneidad de las varianzas

Balluerka y Vergara enumeran los supuestos del análisis de varianza: medida al menos de intervalo, **normalidad**, **homogeneidad de las varianzas** e **independencia** de los errores. Para verificar la homocedasticidad citan las pruebas de Hartley, Cochran, **Bartlett** y **Levene**, esta última la más robusta frente a la violación de la normalidad. Maciá et al. también reservan Cochran, Bartlett y Levene para la homocedasticidad, y para la normalidad citan la chi-cuadrado de Pearson, Kolmogorov-Smirnov o Lilliefors. La selección aleatoria de los sujetos asegura la independencia de los errores, y para corregir la heterocedasticidad puede usarse, entre otros procedimientos, la **prueba F conservadora**, que ajusta los grados de libertad.

1. La afirmación es cierta, porque Balluerka y Vergara presentan la prueba de Levene como la más robusta frente a la violación de la normalidad.
2. La afirmación es cierta; según Balluerka y Vergara, la selección aleatoria de los sujetos permite obtener observaciones independientes y errores no correlacionados.
3. Es la afirmación incorrecta, porque la prueba de Bartlett contrasta la homogeneidad de las varianzas; la normalidad se comprueba con pruebas como Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors o Shapiro-Wilk.
4. La afirmación es cierta, porque la prueba F conservadora es uno de los procedimientos para corregir la heterocedasticidad y consiste en ajustar los grados de libertad.

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. 245. 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).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 12

223 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 3

Respecto de la validez de conclusión estadística, al definir la potencia de una prueba estadística, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA):

1 Depende del tamaño del efecto obtenido en el estudio.

2 Incrementa a medida que aumenta el tamaño muestral del estudio.

3 Es inversamente proporcional al valor de la tasa de error tipo I que el experimentador considera adecuado en un estudio. ✓

4 Es complementaria al error de tipo II.

La potencia aumenta cuando se eleva el nivel de significación

Pardo y San Martín definen la **potencia** (1-β) como la probabilidad de rechazar una hipótesis nula cuando la hipótesis verdadera es H1, es decir, la sensibilidad del contraste para detectar como falsa una hipótesis nula que lo es; por eso es el **complementario del error tipo II**. Entre los factores de los que depende, el manual señala que **al disminuir α también disminuye la potencia**, de modo que la relación con la tasa de error tipo I es directa, y que aumentar el **tamaño muestral** es la solución más eficaz para aumentarla. Maciá et al. resumen que la potencia depende del nivel de significación, del tamaño de la muestra y de la **magnitud del efecto**.

1 La afirmación es cierta, porque la potencia depende de la magnitud o tamaño del efecto.

2 La afirmación es cierta, porque aumentar el tamaño muestral es la forma más eficaz de aumentar la potencia.

3 Es la afirmación incorrecta, porque al disminuir α también disminuye la potencia, así que la relación es directa.

4 La afirmación es cierta, porque la potencia es 1-β, el complementario de la probabilidad de cometer un error tipo II.

Trampa. Pedir un α más estricto protege del error tipo I, pero cuesta potencia; muchos distractores de este tema invierten esa relación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 1, págs. 31-33. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, pág. 50.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 76

224 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 1

Si para contestar correctamente a la pregunta 20 de un test es necesario conocer la respuesta correcta a la pregunta 19 ¿qué supuesto de la TRI (Teoría de respuesta al ítem) estaríamos incumpliendo?:

1 Independencia local. ✓

2 Normalidad.

3 Homogeneidad.

4 Linealidad.

Si para acertar un ítem hay que saber la respuesta de otro se incumple la independencia local

Muñiz explica que la **curva característica del ítem** establece una relación funcional entre la probabilidad de acertar el ítem y el nivel en la variable medida, θ, de modo que, si el modelo es correcto, esa probabilidad solo depende de θ. Junto a la **unidimensionalidad**, el otro supuesto es la **independencia local**: para personas con un mismo nivel de θ, la probabilidad de un patrón de respuestas es el producto de las probabilidades de acertar o fallar cada ítem. El manual pone como ejemplo de violación los **ítems encadenados**, cuya respuesta a uno depende de que se conozca la del anterior, o que el orden de presentación de los ítems afecte a las respuestas.

1. Es el supuesto que vulneran los ítems encadenados.
2. La normalidad no figura entre los supuestos de la TRI que expone Muñiz, que son la curva característica de los ítems, la unidimensionalidad y la independencia local.
3. La homogeneidad tampoco es uno de esos supuestos.
4. La linealidad tampoco; la curva característica es una función matemática entre θ y la probabilidad de acierto cuya forma varía según el modelo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, apdos. 2.1 y 2.2, págs. 188-193.

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

225

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 4

¿Qué concepto en la Teoría de la Respuesta al Ítem es análogo al de fiabilidad en la Teoría Clásica de los Tests?:

1 Unidimendionalidad.

2 Ajuste.

3 Invarianza.

4 Información. ✓

En la TRI la función de información ocupa el lugar de la fiabilidad clásica

Muñiz explica que la teoría clásica de los test no ofrece una respuesta apropiada al problema de estimar el error de medida para los distintos niveles de competencia, y que en la TRI la **precisión** a lo largo de la escala de la variable medida viene dada por una curva denominada **función de información**. Los modelos de TRI estiman θ por máxima verosimilitud y dan una medida de la precisión de esa estimación con el **error típico de estimación**; la función de información no es otra cosa que ese error típico expresado de otro modo. En su comparación entre los dos enfoques, frente al error típico de medida **común para toda la muestra**, la función de información **varía según el nivel** en la variable medida.

1 La unidimensionalidad es uno de los supuestos de los modelos de TRI.

2 El ajuste del modelo consiste en comprobar en qué grado los resultados pronosticados con los parámetros estimados coinciden con los obtenidos de hecho.

3 La invarianza es el objetivo central de la TRI, obtener mediciones que no dependan del test utilizado y propiedades de los instrumentos que no dependan de las personas evaluadas.

4 Es el concepto que expresa en la TRI la precisión de la medida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, apdos. 1, 4.4 y 7.1-7.2, págs. 188, 204, 214-215 y 233; cap. 2, págs. 30 y 39.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 10

226 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología

Respuesta correcta: 3

¿En dónde se sintetizan los glucocorticoides?:

1 En la hipófisis anterior.

2 En la médula adrenal.

3 En las zonas fasciculadas y reticular de la corteza suprarrenal. ✓

4 En los islotes de Langerhans.

Los glucocorticoides se sintetizan en las zonas fasciculada y reticular de la corteza suprarrenal

Del Abril et al. explican que cada glándula adrenal tiene una **corteza** y una **médula**, y que la corteza suprarrenal se divide en la zona glomerular externa, la **zona fasciculada** y la **zona reticular**. Los **glucocorticoides** se sintetizan en las zonas fasciculada y reticular, y su liberación depende de la **ACTH**, que a su vez está controlada por la CRH. El cortisol es el principal glucocorticoide que segregan los humanos. La médula adrenal, en cambio, libera sobre todo adrenalina y noradrenalina, y la aldosterona, principal mineralocorticoide, se sintetiza en la zona glomerular.

1 La hipófisis anterior segrega la ACTH, que regula la secreción de glucocorticoides de la corteza suprarrenal.

2 La médula adrenal libera principalmente adrenalina y noradrenalina, que son catecolaminas.

3 Es donde se sintetizan los glucocorticoides.

4 Los islotes de Langerhans del páncreas liberan insulina, que reduce los niveles de glucosa en sangre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 403, 406, 412 y 415.

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

227

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

El sonambulismo:

1. Conlleva, necesariamente, entre su sintomatología el somniloquio.
2. Conlleva un discurso elaborado y afectivo durante el episodio.
3. No predispone a otros trastornos psicopatológicos. ✓
4. Conlleva alteraciones durante la vigilia debido a las cefaleas y la somnolencia.

El sonambulismo no suele asociarse a trastornos mentales significativos

El DSM-5 lo dice al hablar de las consecuencias funcionales de los trastornos del despertar: **típicamente, el sonambulismo, tanto en los niños como en los adultos, no se asocia con trastornos mentales significativos**. El DSM-5-TR mantiene la frase en el apartado de comorbilidad. Durante el episodio, el sujeto tiene la **mirada en blanco**, se comunica poco con los demás y es difícil despertarle; después **apenas recuerda** lo ocurrido. Puede hablar, pero no es un rasgo necesario, y la mayoría de las conductas son rutinarias y de baja complejidad.

1. El DSM recoge que durante el episodio el sujeto puede hablar, entre otras conductas, pero no lo exige.
2. Durante el episodio hay menor estado de alerta y de comunicación, con la mirada en blanco; nada que ver con un discurso elaborado.
3. Es la frase del DSM-5, que el DSM-5-TR conserva.
4. Los dolores de cabeza matinales y la somnolencia diurna son síntomas de la apnea obstructiva del sueño.

Ojo. El mismo manual matiza la frase: en los adultos existe una asociación entre el sonambulismo y los episodios de depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-5, pág. 403; DSM-5-TR, pág. 457). La clave sale de descartar las otras tres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, págs. 400-403.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 91

228

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los componentes esenciales en el tratamiento de la encopresis?:

1. Entrenamiento en el uso del baño y terapia con laxantes. ✓
2. Entrenamiento en el uso del baño y coste de respuesta.
3. Reforzamiento positivo y técnicas de castigo.
4. Modelado encubierto y terapia con laxantes.

El entrenamiento en el uso del baño y los laxantes son la base del tratamiento de la encopresis

Fonseca explica que el tratamiento médico de la encopresis empieza con una fase de **desimpactación**, con enemas, supositorios o **laxantes** orales, seguida de un período de mantenimiento del laxante. Entre las técnicas conductuales, una de las de más aceptación es el **entrenamiento en hábitos de defecación** mediante el uso del retrete tras cada comida principal, con control de estímulos y técnicas operantes. El manual concluye que el **tratamiento combinado**, con intervenciones médicas (laxantes, hábitos dietéticos) y estrategias conductuales (entrenamiento en el uso del baño), es el que cuenta con mayor respaldo, y su tabla de recomendaciones da a la **terapia conductual más laxantes** un grado B.

1. Es la combinación que cuenta con mayor respaldo.
2. El coste de respuesta no figura entre los componentes que los manuales señalan como base del tratamiento.
3. Vallejo y Rodríguez presentan el reforzamiento positivo como la técnica más empleada, pero desaconsejan el castigo como técnica aislada y piden aplicarlo con extrema cautela.
4. El modelado encubierto no figura entre las técnicas que los manuales describen para la encopresis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 365-367 y tabla 12.6. 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, págs. 464-465.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 180

229

PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 1

El denominado “efecto de la facilitación social” pone de manifiesto que en presencia de público:

1. Mejora la ejecución de las tareas bien aprendidas. ✓
2. Mejora la ejecución de las tareas difíciles.
3. Empeora la ejecución de las tareas fáciles.
4. Mejora la ejecución de las tareas mal aprendidas.

La presencia de público mejora la ejecución de las tareas bien aprendidas

Molero et al. explican que, según **Zajonc (1965)**, la facilitación y la inhibición social resultan de la **activación** emocional que sufren las personas en presencia de otros. Ese estado de alerta funciona como un impulso para la **respuesta dominante**, la que se producirá con mayor probabilidad en una situación porque es un hábito o está fácilmente aprendida. La presencia de otros mejorará el rendimiento cuando la respuesta dominante sea la adecuada, habitualmente en **tareas sencillas o conocidas**, y llevará a la inhibición cuando sea inadecuada, normalmente en **tareas complejas o nuevas**. Es la llamada **teoría del impulso o de la motivación**.

1. Una tarea bien aprendida es aquella cuya respuesta dominante es la adecuada, y en ella la presencia de otros mejora el rendimiento.
2. En las tareas difíciles o nuevas la presencia de otros empeora el rendimiento y puede llevar a la inhibición social.
3. En las tareas fáciles o conocidas la presencia de otros mejora la ejecución.
4. En una tarea mal aprendida la respuesta dominante es inadecuada, de modo que la presencia de otros tiende a empeorar la ejecución.

Para fijarlo. Con público sale lo que mejor sabes hacer: lo bien aprendido mejora y lo nuevo se resiente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 7, apdo. 5.1, págs. 224-225.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 194

230 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión | Revisar

Respuesta correcta: 3

Una forma de potenciar que las personas sean resistentes a la persuasión es proporcionarles argumentos débiles contra sus actitudes que pueden ser fácilmente refutados. Esta estrategia se denomina:

1. Imprimación.
2. Complacencia inducida.
3. Inoculación. ✓
4. Reactancia.

La inoculación hace más resistente a la persuasión exponiendo a argumentos débiles

Hogg y Vaughan cierran su capítulo sobre persuasión señalando que las técnicas para **fortalecer la resistencia a la persuasión** incluyen estar alerta y la **defensa por inoculación**, y que las compañías comerciales han recurrido a inocular publicaciones en los medios para reforzar la lealtad de los consumidores. La teoría de la inoculación de **McGuire** propone exponer a la persona a una **forma debilitada** de la información que amenaza sus actitudes para que se vuelva más resistente a amenazas similares; esta formulación procede del comentario de partida y de Morales y Huici (2003), que no está en el corpus. El mismo resumen de Hogg y Vaughan define la **reactancia** y sitúa la **complacencia inducida** entre las variantes de la disonancia.

1. La imprimación o preactivación (priming) expone el objeto de actitud durante fracciones de segundo y se usa para medir actitudes implícitas.
2. La complacencia inducida es una de las tres variaciones del modo en que se provoca la disonancia cognitiva.
3. Es la estrategia que fortalece la resistencia a la persuasión.
4. La reactancia es un aumento de la resistencia a la persuasión cuando los esfuerzos del comunicador por persuadir son obvios; Gaviria et al. la explican como la reacción ante la amenaza a la propia libertad.

Ojo. Las páginas de Hogg y Vaughan que desarrollan la inoculación faltan en la copia del Atlas (vista previa de Google Books; PDF 234-240, págs. 223-229, en blanco), y solo se conserva el resumen del capítulo (pág. 230). La descripción del procedimiento se apoya en la obra del comentario de partida, Morales y Huici (2003), *Psicología social*, McGraw-Hill, pág. 166, que no está en el corpus ni en el resto de `C:\Drive`.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 6, resumen, pág. 230. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, pág. 153; cap. 7, pág. 191. Morales, J. F. y Huici, C. (2003). Psicología social. McGraw-Hill. Pág. 166 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Hogg y Vaughan (Consulta) y Gaviria (Base).

231

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática · Anulada

Anulada

Cuando el comportamiento a observar es discreto y, por tanto, resulta fácil determinar cuándo empieza y cuándo acaba, el método de medición más útil es:

1. Registro de productos permanentes.
2. Método de duración.
3. Método de frecuencias.
4. Método de intervalos.

Para conductas discretas el corpus avala la frecuencia, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Fernández-Ballesteros explica que la **frecuencia**, utilizada sobre todo en el registro de conductas, clases de conducta e interacciones, hace referencia a la extensión en la cual un evento ocurre en una unidad de tiempo, y que es una medida fácil de obtener cuando se trata de unidades bien definidas. La **duración** se registra cuando la frecuencia no basta, porque el comportamiento humano se produce de forma temporalmente extensa y, a menudo, no es reducible a **actos discretos**. Con este texto la opción 3 es la más defendible. El comentario de partida atribuye la anulación a que una tabla del manual de **Labrador** (2008) presenta como adecuados para conductas discretas tanto el método de frecuencia como el de duración.

1. Los productos permanentes no figuran entre los parámetros que el manual relaciona con las conductas discretas.
2. La duración se registra cuando la conducta se extiende en el tiempo y no es reducible a actos discretos.
3. La frecuencia es la medida que el manual asocia a unidades bien definidas que se pueden contar.
4. El corpus consultado no asocia el método de intervalos a las conductas discretas.

Ojo. El dato de la tabla de Labrador procede del comentario de partida; Labrador (2008), *Técnicas de modificación de conducta*, págs. 123-124, no está en el corpus ni en el Fondo Común, de modo que no se ha podido comprobar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 199. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Págs. 123-124 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 1

En las Escalas de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III y WAIS-IV), ¿de qué índice forma parte la prueba "Aritmética"?:

1 Memoria de trabajo. ✓
2 Comprensión verbal.
3 Velocidad de procesamiento.
4 Organización perceptiva.

En el WAIS-III y el WAIS-IV, Aritmética forma parte del índice de memoria de trabajo

En el **WAIS-III**, la tabla 1.3.2 de Fernández-Ballesteros sitúa **Aritmética**, Dígitos y Letras y números en el índice de **memoria de trabajo**, frente a comprensión verbal, organización perceptiva y velocidad de procesamiento. En el **WAIS-IV**, Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que sus 15 test se combinan en las escalas de comprensión verbal, **razonamiento perceptivo**, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y escala total, y Ruiz Sánchez de León y Pedrero precisan que la prueba que, junto con **Dígitos**, sirve para calcular el índice de memoria de trabajo es Aritmética, en la que el sujeto resuelve problemas planteados oralmente manteniendo el enunciado activo en el bucle fonológico.

1 Es el índice al que pertenece Aritmética en las dos versiones.
2 Comprensión verbal la integran, en el WAIS-III, Vocabulario, Semejanzas e Información.
3 Velocidad de procesamiento la integran Claves de números y Búsqueda de símbolos en el WAIS-III, y en el WAIS-IV, Clave de números y Búsqueda de símbolos, con Cancelación como prueba opcional.
4 Organización perceptiva es un índice del WAIS-III formado por Figuras incompletas, Cubos y Matrices; en el WAIS-IV la escala se llama razonamiento perceptivo.

TABLA 1.3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS CUATRO ÍNDICES DEL WAIS-III

Subtests	Índices	Subtests que lo integran
Verbales	Comprensión verbal (CV)	Vocabulario, Semejanzas, Información
Verbales	Memoria de trabajo (MT)	Aritmética, Dígitos, Letras y números
Excluido de los índices		Comprensión
Manipulativos	Organización perceptiva (OP)	Figuras incompletas, Cubos, Matrices
Manipulativos	Velocidad de procesamiento (VP)	Claves de números, Búsqueda de símbolos
Excluidos de los índices		Historietas, Rompecabezas

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), Apéndice, sección 1, ficha del WAIS-III, tabla 1.3.2, pág. 3

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha del WAIS-III, tabla 1.3.2, pág. 3. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, apdo. 4.2.3, pág. 438. Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2019). Neuropsicología de las conductas adictivas. Síntesis. Cap. 5, apdos. 5.2.2 y 5.2.3, págs. 122 y 124.

EN EL ATLAS

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

233 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias Anulada

Anulada

¿Qué síntomas son característicos en las primeras horas del síndrome de abstinencia de opiácios (menos de 6-8 horas después de la última dosis)?:

1 Calambres, escalofríos y aumento de la presión sanguínea.

2 Ganas profundas de dormir pero con la imposibilidad de conciliarlo.

3 Dolor muscular, sudoración, bostezos y lagrimeo.

4 Vómitos o náuseas, diarreas y perturbaciones del sueño.

En las primeras horas de la abstinencia de heroína aparecen dolor muscular, bostezos, sudoración y lagrimeo

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Caballo describe así la **abstinencia de opiáceos**: con drogas de acción corta como la heroína, las reacciones empiezan unas **6-8 horas** después de la última dosis, y sus primeras horas se caracterizan por **dolor muscular, bostezos, sudoración profusa y lagrimeo**. A las 36 horas los síntomas se agravan, con contracciones musculares, calambres, escalofríos que alternan con sudoración y aumento de la tasa cardíaca y de la presión arterial, y suelen aparecer náuseas o vómitos, diarreas y perturbaciones del sueño. El Ministerio no publicó el motivo de la anulación.

1 Calambres, escalofríos y aumento de la presión arterial aparecen hacia las 36 horas, cuando los síntomas se agravan.

2 Las perturbaciones del sueño aparecen en la fase de agravamiento, pasadas las primeras horas.

3 Clave provisional. Son los síntomas que el manual sitúa en las primeras horas.

4 Náuseas o vómitos, diarreas y perturbaciones del sueño pertenecen también a la fase de agravamiento.

Ojo. El DSM-5 no describe la secuencia hora a hora: dice que con la heroína los síntomas empiezan a las 6-12 horas, alcanzan su máximo a los 1-3 días y disminuyen en 5-7 días, y que la ansiedad, la disforia, la anhedonia y el insomnio pueden durar semanas o meses (pág. 548). La 3.ª edición de Caballo (2024) ya no incluye esta descripción.

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. 19, pág. 561. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Abstinencia de opiáceos, págs. 547-548.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 34, PIR 2020 · n.º 63

234

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 1

¿Qué nombre recibe el principio de reforzamiento que señala que la conducta más probable reforzará la conducta menos probable?:

1 Principio de Premack. ✓

2 Principio de preparación de Seligman.

3 Principio de evitación de Sidman.

4 Modelado.

Según el principio de Premack, la conducta más probable refuerza a la menos probable

Domjan explica que **Premack** sugirió que las respuestas reforzantes son especiales solo porque tienen **más probabilidad de ocurrir** que las respuestas instrumentales que les siguen. Formalmente, dadas dos respuestas de probabilidad distinta, la oportunidad de realizar la respuesta de **alta probabilidad** después de la de **baja probabilidad** reforzará esta última, y no ocurre lo mismo en sentido inverso. Como se centra en la diferencia de probabilidad entre la respuesta instrumental y la reforzante, se conoce también como **principio de probabilidad diferencial**; por ejemplo, comer reforzará la presión de la palanca, pues por lo regular comer es más probable que palanquear. Díaz y Ruiz lo trasladan a la clínica con actividades frecuentes usadas como reforzadores de conductas menos probables.

1 Es el principio de probabilidad diferencial de Premack.

2 La teoría de la preparación de Seligman plantea que no todos los estímulos se asocian por igual a las respuestas de miedo, y se usa para explicar el carácter selectivo de las fobias.

3 Sidman ideó un procedimiento de evitación de operante libre, o evitación no discriminada, sin estímulo de advertencia.

4 El modelado se basa en el aprendizaje observacional o vicario de Bandura, en el que las conductas se aprenden mediante la observación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 7, págs. 236-237; cap. 10, pág. 347. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 165-166; cap. 6, pág. 297. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 1, pág. 40.

EN EL ATLAS

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

235

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)

Respuesta correcta: 2

En relación con las características de los diseños factoriales aleatorios, podemos decir que:

1. Son diseños cuasi-experimentales en los que se manipulan dos o más variables independientes.
2. Permiten analizar tanto los efectos principales de los factores sobre la variable dependiente, como el efecto de interacción entre dichos factores. ✓
3. Son diseños cuya técnica de análisis principal es el análisis factorial de componentes principales.
4. Son diseños en los que las variables independientes pueden ser de naturaleza tanto intrasujeto como intersujeto.

Los diseños factoriales permiten analizar los efectos principales y la interacción

Balluerka y Vergara definen los **diseños factoriales** como estructuras de investigación en las que se manipulan simultáneamente dos o más factores, y el capítulo de los diseños factoriales aleatorios se centra en el **diseño factorial intergrupos totalmente al azar**, con los sujetos asignados aleatoriamente a los grupos. Su ventaja más importante frente a los diseños unifactoriales es que, además de analizar los **efectos principales** de cada factor, permiten examinar los **efectos de interacción** entre ellos. Maciá et al. añaden que un diseño factorial es más eficiente que varios diseños simples y analizan los de dos factores mediante el **análisis de varianza**.

1. Son diseños experimentales en los que se manipulan simultáneamente dos o más factores y los sujetos se asignan al azar a los grupos, lo que los separa de los cuasiexperimentales.
2. Es la ventaja principal que el manual atribuye al diseño factorial.
3. Los diseños factoriales se analizan mediante el análisis de varianza, o mediante la regresión múltiple si las variables son cuantitativas; el análisis factorial de componentes principales es una técnica distinta.
4. Combinar factores intrasujeto e intersujeto corresponde al diseño mixto o de medidas parcialmente repetidas; el diseño factorial aleatorio es intergrupos totalmente al azar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 7, págs. 89-90 y 92; cap. 4, pág. 22. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 213.

EN EL ATLAS

Tema L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales. Se estudia con Maciá (Base) y Balluerka (Ampliación).

Índice por temas del Atlas

A3	Clasificación y diagnóstico	57
A4	Atención y Conciencia	203, 208
A5	Percepción e Imaginación	197, 204, 207, 210
A6	Memoria	199, 205
A7	Pensamiento	60, 61, 62, 200, 201, 209
A9	Comportamiento y Conducta Motora	202, 206
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	56, 58, 90, 142, 143, 175
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	73, 74, 125
B5	Trastornos del sueño-vigilia	67, 69, 70, 71, 72, 198, 227
B6	Adicciones a sustancias	34, 41, 233
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	176, 177
B9	Estrés	13, 31
B11	Trastornos de ansiedad	43, 44, 45, 68, 84, 99
B13	Trastorno adaptativo	78
B14	TOC y trastornos relacionados	46, 47, 48, 144, 180
B15	Trastornos depresivos	49, 50, 51, 53, 64, 65, 66, 100, 174, 178
B16	Trastornos bipolares	52
B17	Trastornos disociativos	38, 39, 40
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	35, 36, 37, 42, 145
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	59, 63, 82
B20	Trastornos de la personalidad	75, 77
B28	Trastorno del espectro del autismo	105
B29	TDAH	94
B30	Trastornos del lenguaje	179
B31	Trastornos del movimiento y desarrollo motor	181
B32	Trastornos del vínculo	76
C3	Tratamientos transdiagnósticos	130
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	54, 55, 183
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	126
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	159
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	112
C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	190
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	117, 184, 185, 191, 194, 195
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	189

C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	120, 138, 140, 141, 192
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	136, 186
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	137
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	139
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	146, 147, 148, 149, 150, 151, 152
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	122, 123, 124
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	187, 228
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	188
D10	Dolor crónico y fibromialgia	32
D12	Trastornos cardiovasculares e hipertensión	6, 121
D14	VIH/SIDA y otras enfermedades del sistema inmune	30
E5	La observación sistemática	80, 231
E7	Las técnicas subjetivas	86
E9	Las técnicas proyectivas	79, 87, 97
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	85, 88, 93, 96, 101, 104, 232
E11	Evaluación de la personalidad	81, 95
E12	Evaluación neuropsicológica	103
F2	Factores comunes y relación terapéutica	113, 163
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	167, 173
F5	Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona	171, 172
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	162, 166
F10	Terapia familiar sistémica	164
F11	Historia y evaluación conductual	83, 98
F12	Técnicas operantes	156, 158, 182, 193, 196
F14	Técnicas de relajación y respiración	118, 119, 161
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	157
F16	Técnicas de afrontamiento y solución de problemas	160
F17	Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas	116
F18	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	170
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	115, 128, 131, 165
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	155
F21	Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal	134
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	127
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	168
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	169
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	129, 135

H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	7, 8, 10, 11, 14, 16, 18, 19
H11	Estabilidad de la personalidad	17
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	9, 12
H14	Motivación y personalidad	91
I3	Sensación y percepción	22, 24, 26, 28
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	20
I5	Condicionamiento instrumental	234
I6	Memoria	23, 25
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	27
I8	Lenguaje	29
I10	Emoción	21
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	2, 3
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	1
J9	Adolescencia	5
J10	Adultez y vejez	4
K1	Métodos y técnicas de investigación	89
K7	Control motor	213, 217
K8	Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología	226
K9	Sueño y ritmos biológicos	212, 216, 218
K10	Conducta reproductora y diferenciación sexual	211
K12	Emoción y cognición social	215
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	214
K18	Psicofarmacología	114, 153, 154
L2	Validez de la investigación y control de variables extrañas	221
L11	Estadística descriptiva de dos variables	219
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	132, 223
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	222
L17	Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)	235
L20	Fiabilidad de los tests	133
L21	Validez de los tests	92, 220
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	102
L23	Teoría de respuesta al ítem	224, 225
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	15, 107, 108
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	33
M4	Influencia social y persuasión	110, 230
M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	106
M6	Procesos de grupo	229

M7	Estereotipos y prejuicio	109
M8	Relaciones intergrupales	111