ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2018

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 2018. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1 PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 2

Para conseguir un condicionamiento del miedo mediante la técnica de respuesta emocional condicionada (o supresión condicionada), una vez adquirida una respuesta instrumental:

1. Se aplica un estímulo discriminativo tras la respuesta.
2. Se presentan secuencias de estímulo condicionado seguido de estímulo incondicionado aversivo (p. ej. una descarga), todo ello mientras dura la tarea instrumental. ✓
3. Basta con suprimir el reforzador, provocando miedo a perderlo realizando es respuesta.
4. Se mide directamente con número de estímulos condicionados e incondicionados emparejados.

En la supresión condicionada el EC se empareja con una descarga mientras la rata presiona la palanca

El procedimiento de la **respuesta emocional condicionada** (REC), concebido por Estes y Skinner (1941), mide el miedo condicionado de forma indirecta. Primero se entrena a las ratas a presionar una palanca para obtener comida, y esa actividad proporciona la **línea base conductual**. Cuando presionan a una tasa estable empieza el condicionamiento del miedo, que consiste en emparejar un tono o una luz con una breve **descarga**. A medida que adquieren el temor, las ratas suprimen la presión de la palanca durante el EC. La supresión se cuantifica con la **razón de supresión**, que compara las respuestas durante el EC con las del periodo previo al EC; vale 0 si la supresión es completa y 0,5 si el EC no altera la conducta.

1. En la REC el EC y la descarga no dependen de la respuesta. Domjan la cita como ejemplo de estimulación aversiva independiente de la respuesta, a diferencia del castigo, en el que la respuesta produce el estímulo aversivo.
2. Es el procedimiento de Estes y Skinner, en el que un tono o una luz se emparejan con una breve descarga mientras la rata presiona la palanca por comida.
3. Dejar de reforzar la respuesta instrumental es el procedimiento de extinción. En la REC el miedo se condiciona emparejando un EC con una descarga.
4. La REC es una medida indirecta del miedo que se calcula con la razón de supresión, a partir de las presiones de palanca durante el EC y en el periodo previo. El número de emparejamientos no es la medida.

> **Para fijarlo.** Cuanto más miedo provoca el EC, menos presiona la rata la palanca, y por eso la razón de supresión baja hacia cero.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 3, págs. 73-75; cap. 9, pág. 331; cap. 10, pág. 360.

EN EL ATLAS

Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Se estudia con Domjan (Base). Domjan es Base del tema I5 · Condicionamiento instrumental.

2

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 4

Una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto de los efectos de los programas de refuerzo simples:

1. Los programas de razón generan tasas más altas que los de intervalo (en condiciones equiparables).
2. Los programas fijos suelen generar pausas después de los refuerzos.
3. Los programas variables no muestran pausas postrefuerzo y además generan tasas de respuestas superior a los fijos.
4. Cuanto más baja es la razón o el intervalo del refuerzo, mayor resistencia a la extinción. ✓

El reforzamiento intermitente hace la respuesta más resistente a la extinción que el continuo

La afirmación falsa es la 4. Según Domjan, la variable más importante del programa previo es si la respuesta se reforzaba siempre (**reforzamiento continuo**) o solo algunas veces (**reforzamiento intermitente o parcial**). La extinción es mucho más lenta después del reforzamiento parcial, lo que se conoce como **efecto del reforzamiento parcial en la extinción** (ERPE). Un programa de razón o de intervalo más bajo se acerca al reforzamiento continuo, y con más reforzamiento la extinción es más rápida (**efecto del sobreentrenamiento en extinción**). Las otras tres opciones describen bien los programas simples. Con la misma frecuencia de reforzamiento, la paloma en razón variable respondió a una tasa mucho más alta que la de intervalo variable. Los programas fijos producen la **pausa posreforzamiento**.

1. Es correcta. En el experimento de Reynolds, con la misma frecuencia de reforzamiento, la paloma con razón variable respondió cinco veces más rápido que la acoplada con intervalo variable.
2. Es correcta. En razón fija se produce una pausa posreforzamiento antes de la carrera de la razón, y en intervalo fijo la pausa va seguida de una aceleración hacia el final del intervalo.
3. Es la descripción habitual de los programas variables, que mantienen un patrón de respuestas más estable que los fijos. Domjan la matiza, como se explica en el ojo.
4. Es falsa. Cuanto más baja es la razón o el intervalo, más se parece el programa al reforzamiento continuo, y la extinción es más rápida. La mayor resistencia corresponde al reforzamiento parcial.

Ojo. Domjan matiza la opción 3. En los programas de razón variable puede haber pausas posreforzamiento, aunque son más largas y destacadas en los de razón fija, y la tasa total de respuestas puede ser similar en razón fija y variable si se exige en promedio un número parecido de respuestas (cap. 6, pág. 191). La única opción que contradice de lleno el manual es la 4.

Para fijarlo. Ceder solo a veces a las peticiones de golosinas vuelve al niño más persistente, porque el reforzamiento intermitente retrasa la extinción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 188-192 y 195; cap. 9, págs. 323 y 325.

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

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

3 PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes situaciones se explica, de manera más ajustada, con el principio de Premack:

1 El niño que hace una tarea porque después recibe un elogio.

2 Niños que hacen los deberes pronto en casa y así pueden jugar con los videojuegos. ✓

3 Recibir una multa por conducir con exceso de velocidad.

4 Recibir el sueldo mensual después de cumplir con el horario de trabajo en ese mes.

El principio de Premack usa una actividad muy probable para reforzar otra menos probable

Premack (1965) propuso que la diferencia en las probabilidades de las respuestas es lo crucial para el reforzamiento. Dadas dos respuestas de probabilidad distinta, la oportunidad de realizar la de **alta probabilidad** después de la de **baja probabilidad** refuerza esta última, y no al revés. Por eso también se llama **principio de probabilidad diferencial**. Su importancia es que, en potencia, cualquier actividad de elevada probabilidad puede reforzar una respuesta que el sujeto no muestra inclinación a realizar. En la opción 2, jugar a los videojuegos es la actividad preferida, y solo se puede hacer después de los **deberes**, que son la conducta menos probable que se quiere aumentar.

1 Recibir un elogio por una tarea es un caso de reforzamiento positivo, en el que la respuesta produce un estímulo apetitivo. No hay dos actividades de probabilidad distinta.

2 Jugar a los videojuegos, más probable, se ofrece después de hacer los deberes, menos probables, y así los refuerza.

3 La multa retira algo apetitivo como consecuencia de la conducta. Domjan llama a este procedimiento entrenamiento por omisión, con el ejemplo de la suspensión de la licencia de conducir, y reduce la respuesta.

4 Cobrar un sueldo por cumplir el horario es reforzamiento positivo con un estímulo, el dinero, y no la oportunidad de realizar una actividad más probable.

Trampa. Las cuatro opciones describen consecuencias de una conducta; solo en la 2 el reforzador es una actividad preferida a la que se accede tras una menos preferida.

Para fijarlo. Si primero hay que hacer la tarea menos apetecible para poder hacer la favorita, piensa en Premack.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 7, págs. 236-237; cap. 5, págs. 155-156.

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

4

PSICOLOGÍA BÁSICA

I8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 1

En el contexto del reconocimiento oral de palabras, el concepto y fenómeno denominado “punto de unicidad” hace referencia a:

1. Una variable determinante de los tiempos de reconocimiento de las palabras habladas. ✓
2. Al fenómeno por el que las palabras más frecuentes se reconocen más rápido que las que son de menor frecuencia.
3. Al fenómeno por el que las palabras que se aprenden antes en la vida se reconocen más lento que las que se aprenden más tarde.
4. Al hecho de que el contexto oracional y discursivo sirve para acelerar el reconocimiento de las palabras que son predecibles.

El punto de unicidad determina cuándo se reconoce una palabra hablada

Cuetos, González y De Vega definen el **punto de unicidad** como el punto de la palabra en el que se convierte en única del idioma, porque ninguna otra comienza por esos mismos fonemas. Como en el lenguaje oral los fonemas llegan uno tras otro, al oír el primero se activan todas las palabras que empiezan por él, y el conjunto se va reduciendo con cada fonema. En «elefante», al llegar la /f/ solo queda esa palabra, que puede reconocerse **sin haber terminado de escucharla**. Por eso es una **variable determinante de los tiempos de reconocimiento** de las palabras habladas, y cuanto más al comienzo está el punto de unicidad, antes se reconoce la palabra. El **modelo de cohorte** de Marslen-Wilson plantea que cada palabra tiene su punto de unicidad.

1. Coincide con el manual, que lo presenta como una variable determinante de los tiempos de reconocimiento de las palabras habladas.
2. Describe el efecto de frecuencia léxica, según el cual las palabras usadas con más frecuencia se identifican más fácilmente y con mayor rapidez.
3. Alude a la edad de adquisición, pero invierte su sentido. El manual la presenta como una variable muy determinante del reconocimiento, muy relacionada con la frecuencia, porque las palabras que se aprenden antes suelen ser las más frecuentes.
4. Describe el efecto del contexto. En el experimento de Tulving y Gold (1963), un contexto oracional apropiado permite identificar una palabra con menos tiempo de exposición.

Para fijarlo. En «elefante» basta oír «elef» para saber qué palabra es, y ese es su punto de unicidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 6, págs. 152-155 y 164; cap. 1, pág. 21.

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

5 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 3

En la teoría neurocientífica de la atención: ¿qué tres redes neuronales atencionales propuso Michael Posner?:

1 La red de control ejecutivo, la red atencional anterior y la red de vigilancia.

2 La red de orientación, la red atencional posterior y la red de vigilancia.

3 La red de alerta, la red de orientación y la red de control ejecutivo. ✓

4 La red de alerta, la red de control ejecutivo y la red atencional anterior.

Posner describió tres redes atencionales, de alerta, de orientación y de control ejecutivo

Redolar presenta la atención como un concepto amplio que implica la participación de tres subsistemas, la **alerta**, la **orientación atencional** y el **control ejecutivo**. Son funcionalmente disociables y tienen correlatos cerebrales diferenciables, aunque a veces interaccionan. Para medir las tres redes y sus interacciones, el grupo de Posner desarrolló la tarea **ANT** (Attentional Network Test), que manipula la alerta con una señal auditiva, la orientación con una señal visual válida o inválida y el conflicto con una tarea de flancos. En el modelo de **Posner y Petersen (1990)** que resume Tirapu, la red de vigilancia y la red ejecutiva se distribuyen por el córtex cerebral anterior, y la red de orientación, por las regiones posteriores.

1 Falta la red de orientación. La «red atencional anterior» alude a la localización en el córtex anterior que el modelo atribuye a la red de vigilancia y a la ejecutiva, así que no es una red distinta del control ejecutivo.

2 Falta la red de control ejecutivo. La red de orientación es la que el modelo sitúa en las regiones posteriores, de modo que «red atencional posterior» no añade una red nueva.

3 Son las tres redes que miden la tarea ANT del grupo de Posner y los tres subsistemas atencionales que describe el manual.

4 Falta la red de orientación, y la «red atencional anterior» se solapa con la de control ejecutivo, que el modelo sitúa en el córtex anterior.

Trampa. Los distractores mezclan los nombres de las redes con su localización (anterior, posterior) o con otro nombre de la alerta (vigilancia), de modo que repiten una red y dejan fuera otra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15, págs. 389 y 407 (recuadro 15-9). Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú Unturbe, F. (2011). Manual de neuropsicología (2.ª ed.). Viguera. «Neuropsicología de la atención», pág. 154.

EN EL ATLAS

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

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

Si pedimos a alguien que describa un viaje que realizó a Roma hace cinco años, para esa persona el recuerdo será más fácil si este viaje es el único que ha realizado en su vida que si realiza viajes similares todos los años. De acuerdo con la psicología de la memoria ¿qué nos permite explicar este hecho?:

1 El principio de sobrecarga de la clave. ✓

2 La teoría de los niveles de procesamiento.

3 El principio de la especificidad de la codificación.

4 La teoría del decaimiento de la huella.

Un viaje repetido cada año se recuerda peor porque su clave se asocia a demasiados recuerdos

Baddeley, Eysenck y Anderson explican la interferencia por la competición entre los elementos asociados a una misma clave. Una clave activa a todos sus asociados, que compiten entre sí, y el recuerdo tiende a disminuir cuando aumenta el número de ítems asociados a la misma clave. Es el **principio de sobrecarga de la clave** (Watkins, 1978). Cuando una clave se asocia a demasiados elementos, su capacidad de dar acceso a cada uno de los trazos disminuye. El manual lo ilustra con el coche aparcado en el centro comercial de siempre, porque los recuerdos de **aparcamientos similares** comparten claves y compiten. Con un solo viaje a Roma, la clave «viaje» apunta a un único recuerdo; con viajes anuales parecidos, muchos **competidores** dificultan la recuperación.

1 Explica la diferencia, porque la clave «viaje» queda asociada a muchos recuerdos parecidos que compiten entre sí.

2 Los niveles de procesamiento explican la durabilidad del recuerdo por la profundidad con que se procesó el material. El número de recuerdos que comparten una clave queda fuera de esa teoría.

3 La especificidad de la codificación dice que una clave es más eficaz cuanto más se parece a las condiciones de la codificación. No explica el efecto del número de experiencias similares.

4 El decaimiento de la huella es el debilitamiento de los recuerdos a lo largo del tiempo. El tiempo transcurrido es el mismo en los dos casos del enunciado.

Para fijarlo. Si la clave es la misma para muchos recuerdos, cada uno se vuelve más difícil de encontrar, como el coche en el aparcamiento de siempre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 281 y 286; cap. 8, pág. 243; cap. 6, págs. 176-177.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 8

7 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

Según la hipótesis de los niveles de procesamiento de Craik y Lockhart ¿de qué depende nuestra capacidad para recuperar una determinada información de la memoria episódica?:

1 Del tiempo que se mantuvo esa información en la memoria a corto plazo mediante repaso de mantenimiento.

2 De la profundidad del procesamiento de esa información durante la codificación. ✓

3 Del tipo de clave de recuperación utilizada como punto de partida de los procesos de búsqueda en la memoria.

4 De la similitud existente entre el contenido que se quiere recuperar y otros contenidos disponibles en la memoria.

Según Craik y Lockhart, el procesamiento más profundo deja un trazo más duradero

Craik y Lockhart (1972) propusieron la hipótesis de los **niveles de procesamiento**, que se aleja de la idea de almacenes con códigos específicos y sostiene que la manera en que se manipula el material determina su durabilidad en la MLP. La información se procesa a varias **profundidades**; en una palabra escrita se procesan primero sus características visuales, luego su sonido y después su **significado**. Cada proceso deja un trazo de memoria, y los procesos más profundos dejan un **trazo más duradero**. Con ello cuestionaron el supuesto del modelo modal de que basta mantener los ítems en la MCP el tiempo suficiente para aprenderlos. Craik y Tulving (1975) lo pusieron a prueba con juicios visuales, fonológicos y semánticos sobre palabras.

1 Es el supuesto del modelo modal que Craik y Lockhart cuestionaron, porque para ellos el aprendizaje depende de cómo se procesa el material y no del tiempo que se mantiene en la memoria a corto plazo.

2 Es la tesis de la hipótesis, en la que los procesos más profundos dejan un trazo más duradero.

3 La importancia de la clave de recuperación corresponde al principio de especificidad de la codificación, según el cual la clave es útil si estuvo presente durante la codificación.

4 La competición entre contenidos parecidos asociados a la misma clave se explica por la interferencia y la sobrecarga de la clave.

Para fijarlo. Preguntarse si «campo» encaja en una frase deja más huella que fijarse en si está escrita en mayúsculas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 6, págs. 176-177; cap. 4, pág. 92; cap. 8, pág. 243; cap. 9, pág. 286.

EN EL ATLAS

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

8 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

Cuando en un experimento de estimación de magnitudes hay que aumentar mucho más que el doble la intensidad física del estímulo para doblar la sensación que produce, hablamos de un fenómeno denominado:

1 Expansión de respuesta.

2 Compresión de respuesta. ✓

3 Respuesta paradójica.

4 Potencial de respuesta.

Si la sensación crece menos que la intensidad del estímulo, se habla de compresión de la respuesta

Goldstein y Cacciamani lo explican con los experimentos de **estimación de magnitudes** de Stevens. Al duplicar la intensidad de una luz de 20 a 40, la luminosidad percibida pasa de 28 solo a 36, cuando el doble sería 56. Este resultado, en el que el incremento de la magnitud percibida es inferior al incremento de la intensidad del estímulo, se denomina **compresión de la respuesta**. Con la descarga eléctrica ocurre lo contrario, porque duplicar la intensidad aumenta la magnitud percibida de 6 a 49, y se habla de **expansión de la respuesta**. Todas estas relaciones siguen la **ley potencial de Stevens**, S = cE^k; los exponentes menores que 1,0 se asocian a la compresión y los mayores que 1,0, a la expansión.

1. La expansión de la respuesta es lo contrario, cuando la magnitud percibida aumenta a mayor velocidad que la intensidad, como con las descargas eléctricas.
2. Es el término del manual para el caso en que hay que más que duplicar la intensidad para duplicar la sensación, como con la luminosidad.
3. «Respuesta paradójica» no es uno de los términos con que el manual describe los resultados de la estimación de magnitudes.
4. «Potencial» alude a la función potencial, la ecuación de Stevens que relaciona intensidad y magnitud percibida; ningún fenómeno lleva ese nombre en el manual.

EXPONENTE DE LA FUNCIÓN POTENCIAL Y FORMA DE LA RESPUESTA (APÉNDICE B)

Exponente o forma de la curva	Qué ocurre	Ejemplo del manual
Exponentes de menos de 1,0	Compresiones de respuesta	Brillo o luminosidad de una luz
Exponentes mayores que 1,0	Expansión de respuesta	Sensibilidad ante descargas eléctricas
Recta con una pendiente cercana a 1,0	La magnitud de la respuesta prácticamente equivale al incremento del estímulo	Estimación de la longitud de una línea

Fuente: Goldstein y Cacciamani (2025), Apéndice B, págs. 517-518

Para fijarlo. La luminosidad se comprime para que una acera al sol no nos ciegue; la descarga se expande para avisarnos del peligro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Apéndice B (Estimación de magnitudes y la función potencial), págs. 517-518.

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

9 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 1

Los sonidos de frecuencias más bajas producen una mayor respuesta de los receptores situados en la zona de la membrana basilar situada:

1 Más cerca del extremo de la espiral de la cóclea (ápice). ✓

2 Más cerca de la base de la membrana (ventana oval).

3 Entre la ventana oval y la zona intermedia.

4 Entre el ápice y la zona intermedia.

Los sonidos graves deforman más la membrana basilar cerca del ápice de la cóclea

Del Abril et al. explican que en la cóclea las frecuencias intermedias y altas se codifican con un **código de lugar**, propuesto por Von Békésy. Los sonidos de frecuencias más altas producen deformaciones máximas de la **membrana basilar** cerca del estribo, mientras que los de frecuencias más bajas deforman más las regiones más distales de la cóclea, más lejanas del estribo y más cerca del extremo o **helicotrema**. Del mismo modo, los axones que contactan con los receptores más cercanos a la **ventana oval** codifican los sonidos agudos, y los que contactan con los situados más internamente, los graves. Esta **organización tonotópica** se mantiene hasta la corteza auditiva. Las frecuencias más bajas se codifican, además, por la frecuencia de disparo.

1 Los graves producen la mayor deformación en las regiones más distales, cerca del extremo o helicotrema, es decir, del ápice.

2 La zona cercana a la ventana oval y al estribo responde a los sonidos más agudos, de frecuencias altas.

3 La región entre la ventana oval y la zona intermedia está del lado del estribo, donde se codifican las frecuencias intermedias y altas.

4 El manual sitúa la mayor respuesta a las frecuencias más bajas en las regiones más distales, junto al helicotrema, y no en una zona intermedia.

Para fijarlo. La base de la cóclea, junto al estribo, se reserva para los agudos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 345-346.

Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Del Abril 2016 (Base).

10 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 3

Señala cuál de los siguientes fenómenos resultan explicados por la actividad de las células oponentes:

1. Las Bandas de Mach.
2. Los resultados de los experimentos de igualación de colores.
3. La experiencia de las post-imágenes de color. ✓
4. La Parrilla de Hermann.

Las postimágenes de color se deben a la adaptación de las células ganglionares oponentes

Carlson y Birkett explican que las células ganglionares de la retina sensibles al color tienen una respuesta **oponente** a pares de colores (rojo-verde y amarillo-azul). Si se fija la mirada en una imagen de color unos 30 segundos y luego se mira una superficie blanca, se ven los colores **complementarios**, que son las **postimágenes negativas**. La razón principal es la **adaptación** de la frecuencia de disparo de esas células, que, tras activarse o inhibirse durante mucho tiempo, muestran un efecto de rebote. Goldstein y Cacciamani recogen el resto de la historia. Hering propuso la **teoría del proceso oponente**, y el hallazgo de neuronas que se excitan con una parte del espectro y se inhiben con otra le dio apoyo fisiológico.

1. Las bandas de Mach se explican por los campos receptivos centro-periferia y la inhibición lateral, que producen el realce de bordes.
2. Los experimentos de igualación de color de Maxwell, en los que bastan tres longitudes de onda para igualar cualquier color, apoyaron la teoría tricromática.
3. Las postimágenes de color se explican por la adaptación de las células ganglionares oponentes, que muestran después un efecto de rebote.
4. La rejilla de Hermann se explica clásicamente por la organización centro-periferia de las células ganglionares y la inhibición lateral.

Trampa. Las opciones 1 y 4 son ilusiones de luminosidad que dependen de la inhibición lateral; la 2 es la prueba clásica de la teoría tricromática.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 6, págs. 166-167. Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 253 y 260-261; cap. 3, pág. 74. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 10, pág. 263.

EN EL ATLAS

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

11 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva

Respuesta correcta: 2

Las células madre neurales pueden generar nuevas neuronas y se localizan en:

1. Hipotálamo, subtálamo y adenohipófisis.
2. Zona subventricular, hipocampo y bulbo olfatorio. ✓
3. Troncoencéfalo, cerebelo y bulbo raquídeo.
4. Nervio vago, hipogloso y glosofaríngeo.

En el cerebro adulto se generan neuronas en el bulbo olfatorio, desde la zona subventricular, y en el hipocampo

Junqué y Barroso explican que hasta hace poco se creía que el cerebro adulto de los mamíferos no podía producir nuevas neuronas. Hoy se sabe que al menos dos regiones, incluso en los humanos, incorporan nuevas neuronas durante todo el ciclo vital, el **bulbo olfatorio** y el **hipocampo**; en otras áreas del cerebro intacto la neurogénesis es muy limitada o inexistente. Las células precursoras olfatorias se originan por mitosis en la **zona subventricular** de los ventrículos laterales y migran hasta el bulbo olfatorio, donde se diferencian en neuronas. En el hipocampo, las precursoras están en la zona subgranular de la **circunvolución dentada**. Kolb y Whishaw añaden que, en el adulto, las células madre neurales revisten los ventrículos y forman la zona subventricular.

1. Ninguna de estas tres estructuras figura entre las regiones donde el manual describe neurogénesis en el adulto.
2. Son la zona subventricular, donde se originan las precursoras que migran al bulbo olfatorio, y el hipocampo, las dos regiones que incorporan nuevas neuronas durante todo el ciclo vital.
3. El tronco del encéfalo, el cerebelo y el bulbo raquídeo no son regiones de neurogénesis adulta; fuera del bulbo olfatorio y el hipocampo, la neurogénesis es muy limitada o inexistente.
4. Son nervios craneales, que no forman parte de las regiones con células madre neurales.

Ojo. La Base del tema K4 (Del Abril, cap. 9) describe la zona subventricular solo como zona proliferativa del desarrollo embrionario, y Redolar (cap. 6, pág. 178, Ampliación del tema) se centra en la neurogénesis de la circunvolución dentada. La respuesta completa está en Junqué y Barroso.

Trampa. La opción 3 incluye el «bulbo» raquídeo, que puede confundirse con el bulbo olfatorio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 11, apdo. 11.5.5, pág. 318. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 23, pág. 638. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 6, pág. 178.

EN EL ATLAS

Tema K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva. Junqué no es fuente de este tema. Se estudia con Redolar (Ampliación) y Del Abril 2016 (Base).

12 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 2

La asterognosia se define como:

1 La pérdida del conocimiento o del sentido del propio cuerpo.

2 La incapacidad para reconocer objetos a través del tacto. ✓

3 La incapacidad para localizar y denominar partes del propio cuerpo.

4 Un tipo de agnosia digital.

La astereognosia es la incapacidad para reconocer los objetos por el tacto

Kolb y Whishaw definen la **astereognosia** como la incapacidad para reconocer la naturaleza de un objeto a través del tacto, y la cuentan entre las dos principales **agnosias somatosensitivas**. La otra es la **asomatognosia**, la pérdida del conocimiento o del sentido del propio cuerpo, cuyas variedades incluyen la anosognosia, la anosodiaforia, la autopagnosia y la asimbolia para el dolor. Junqué y Barroso recogen la propuesta de Delay, para quien la astereognosia es un trastorno somatosensorial complejo con tres partes, la amorfognosia, la ahilognosia y la **asimbolia táctil** o agnosia táctil. Del Abril et al. describen la agnosia táctil tras lesiones de la corteza somatosensorial secundaria y parietal inferior.

1 Es la definición de la asomatognosia, la otra gran agnosia somatosensitiva según Kolb y Whishaw.

2 Es la definición de la astereognosia, la incapacidad para reconocer los objetos por el tacto.

3 Describe la autopagnosia (autotopagnosia), una variedad de asomatognosia.

4 La agnosia digital es la autopagnosia más frecuente, en la que la persona no puede señalar los distintos dedos de la mano; no es un tipo de astereognosia.

Trampa. Las opciones 1, 3 y 4 son agnosias del propio cuerpo (asomatognosias); solo la 2 se refiere a los objetos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 14, pág. 386. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 5, apdo. 5.8, pág. 186. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 351.

EN EL ATLAS

Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Del Abril 2016 (Base) y Junqué (Ampliación).

13 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 4

Las “neuronas de von Economo” en humanos:

1 Se localizan en cerebelo y tálamo y son claves para el equilibrio.

2 Están relacionadas con el sistema de neuronas de lugar (place neurons).

3 Se localizan en el hipocampo y se relacionan con las respuestas emocionales.

4 Se localizan en la ínsula, cíngulo anterior y corteza prefrontal dorsolateral y se relacionan con la aparición de la teoría de la mente. ✓

Las neuronas de von Economo están en la ínsula, el cíngulo anterior y la prefrontal dorsolateral y se asocian a la teoría de la mente

Kolb y Whishaw describen las **neuronas de von Economo** como neuronas bipolares grandes que se encuentran solo en los seres humanos, otros grandes simios y quizá algunas otras especies, pero de forma mucho más abundante en los humanos. Se ubican en la **corteza prefrontal dorsolateral**, en las capas profundas de la **ínsula** y en una región lateral de la **corteza cingular anterior**. Se desarrollan tarde y alcanzan los niveles adultos hacia los 4 años, y Allman et al. (2005) proponen que se asocian con la aparición de la **teoría de la mente**. Redolar añade que son de evolución muy reciente, que predominan en el hemisferio derecho y que forman parte de redes cuya función principal se asocia a la formación de vínculos sociales.

1 El manual sitúa estas neuronas en la corteza (prefrontal dorsolateral, ínsula y cíngulo anterior); el cerebelo y el tálamo no figuran entre sus localizaciones.

2 Las células de lugar son neuronas del hipocampo que intervienen en la orientación en el espacio; no tienen relación con las neuronas de von Economo.

3 Se localizan en la corteza y se relacionan con la cognición social; el hipocampo no figura entre sus localizaciones.

4 Coincide con la localización y la función que les atribuyen Kolb y Whishaw.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 10, págs. 280-281. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 8, pág. 205. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, pág. 432.

EN EL ATLAS: Tema K12 · Emoción y cognición social. Kolb no es fuente de este tema. Carlson es Ampliación del tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias.

14

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación · Anulada

Anulada

El Proyecto Conectoma humano se basa:

1. En el estudio de la conectividad cerebral en reposo mediante la técnica de Resonancia Magnética Funcional (RMf).
2. En el estudio de la conectividad cerebral tras presentar estímulos mediante la técnica de la Resonancia Magnética (RM).
3. En el análisis de las conexiones desde la corteza cerebral a la médula espinal usando la técnica de la Electroencefalografía.
4. En el análisis de las conexiones interhemisféricas mediante el uso de la técnica de la Magnetoencefalografía.

El Proyecto Conectoma Humano cartografía la conectividad cerebral y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Kolb y Whishaw explican que el **Proyecto Conectoma Humano**, un consorcio de centros de investigación, está realizando un mapa de la conectividad del cerebro humano mediante **tractografía por tensor de difusión**, un método de resonancia magnética que detecta los movimientos direccionales de las moléculas de agua para crear imágenes de las vías de fibras nerviosas. El mismo capítulo describe la **RMf en estado de reposo**, que permite inferir la conectividad funcional a partir de la actividad del cerebro cuando la persona no realiza ninguna tarea. Con este texto, la opción 1 describe una técnica de conectividad, pero el manual atribuye el mapa del proyecto a la tractografía. El motivo oficial de la anulación no consta en el corpus.

1. Clave provisional. La RMf en estado de reposo sirve para inferir la conectividad funcional, pero el manual atribuye el mapa del proyecto a la tractografía por tensor de difusión.
2. El proyecto usa la resonancia magnética (tensor de difusión) para trazar las vías de fibras; la presentación de estímulos no forma parte del método.
3. La electroencefalografía no aparece entre las técnicas del proyecto, y su objetivo no se limita a las conexiones corticoespinales.
4. La magnetoencefalografía no aparece entre las técnicas del proyecto, que no se limita a las conexiones interhemisféricas.

Ojo. Las opciones 1 y 2 tienen parte de apoyo en Kolb y Whishaw (cap. 7). La 1 nombra la RMf en estado de reposo, que el manual usa para estudiar la conectividad funcional, y la 2 nombra la resonancia magnética, que es la técnica con la que el proyecto hace la tractografía, aunque no «tras presentar estímulos».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 7, págs. 192 y 194-195; cap. 1, pág. 25. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, págs. 116 y 124.

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

15 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 1

En la afasia de conducción destaca la dificultad del paciente para:

1 Repetir palabras o frases. ✓

2 Articular palabras (anartria).

3 Comprender el lenguaje.

4 Nombrar objetos (denominación).

La afasia de conducción se caracteriza por un fallo notable en la repetición

Redolar, en su clasificación de los síndromes afásicos, describe la **afasia de conducción** como una incapacidad notable de **repetir palabras o frases**, con preservación de la comprensión auditiva, que puede estar afectada pero siempre es mejor que la repetición. El habla es fluida, aunque con **parafasias fonológicas**, y el paciente intenta corregirse, lo que lo distingue de la afasia de Wernicke. Carlson y Birkett la atribuyen a una lesión de la región inferior del lóbulo parietal que daña el **fascículo arqueado**, la conexión entre las áreas de Wernicke y de Broca. La resumen como un habla fluida y con significado, una comprensión relativamente buena y una repetición muy deficiente.

1. La repetición muy deficiente es el rasgo que define la afasia de conducción.
2. La dificultad en la articulación es propia de la afasia de Broca, de habla lenta, laboriosa y no fluida; en la de conducción el habla es fluida.
3. El trastorno de la comprensión auditiva es el rasgo más importante de la afasia de Wernicke; en la de conducción la comprensión es relativamente buena.
4. La dificultad para encontrar palabras aparece en varias afasias, entre ellas la de Broca y la de Wernicke, y no distingue a la de conducción.

> **Para fijarlo.** Si se corta el cable entre Wernicke y Broca (el fascículo arqueado), el paciente entiende y habla, pero no puede repetir.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 19, recuadro 19-3, págs. 493-494.
Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 14, págs. 452 y 460.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 67

16

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 1

Los campos oculares frontales son zonas corticales encargadas de la dirección de la mirada voluntaria y se localizan en:

1. La corteza premotora. ✓
2. La corteza occipital.
3. La corteza parietal.
4. Los colículos superiores

Los campos oculares frontales forman parte de la corteza premotora

Redolar explica que en la **corteza premotora** suelen diferenciarse varias áreas, y que una tercera es el **campo ocular frontal**, situado entre el área premotora dorsal y la corteza prefrontal (**área 8 de Brodmann**). Su estimulación eléctrica produce **movimientos oculares**, sacádicos y de seguimiento, y por sus conexiones con las áreas occipitales y parietales parece responsable de la generación exógena de movimientos oculares. Kolb y Whishaw coinciden en que la corteza premotora comprende las áreas 6, 8 y 44 y en que los campos oculares frontales (áreas 8 y 8A) reciben aferencias visuales de la región parietal posterior y del colículo superior. Seleccionar los movimientos oculares es, según ellos, una función de los campos oculares frontales.

1. El manual sitúa el campo ocular frontal en la corteza premotora, entre el área premotora dorsal y la prefrontal (área 8).
2. La corteza occipital es corteza visual; los movimientos oculares voluntarios se seleccionan en el lóbulo frontal.
3. La corteza parietal posterior envía proyecciones a los campos oculares frontales, pero estos se sitúan en el lóbulo frontal.
4. Los colículos superiores son estructuras del mesencéfalo que también intervienen en los movimientos oculares, pero no son zonas corticales.

> **Trampa.** Las opciones 3 y 4 nombran estructuras que sí se conectan con los campos oculares frontales, pero que no son ellos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 14, págs. 368-369. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 16, págs. 428-429 y 432; cap. 14, pág. 379.

EN EL ATLAS: Tema K7 · Control motor. Se estudia con Redolar (Ampliación) y Del Abril 2016 (Base).

17 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 2

El asta de Ammon y el giro dentado son estructuras celulares que forman parte de la anatomía del:

1 Hipotálamo.

2 Hipocampo. ✓

3 Giro retrosplenial.

4 Cerebelo.

El asta de Ammon y el giro dentado son las dos láminas que forman el hipocampo

Del Abril et al. explican que la **formación hipocampal**, parte de la arquicorteza en la cara medial del lóbulo temporal, recibe su nombre del hipocampo, y que por la forma que adquiere en continuidad con el fórnix al hipocampo también se le llama **cuerno o asta de Ammon**. En su figura 8.23 se identifican el hipocampo, el **giro dentado**, el complejo del subículo y la corteza entorrinal. Kolb y Whishaw lo describen como una estructura límbica de aspecto tubular formada por dos giros, el asta de Ammon y el giro dentado. Redolar distingue en los cortes coronales la circunvolución dentada, el **hipocampo propiamente dicho** (asta de Ammon) y el subículo.

1 El hipotálamo es una estructura diencefálica; el asta de Ammon y el giro dentado son componentes de la formación hipocampal.

2 Son las dos láminas que forman el hipocampo.

3 El giro retrosplenial no contiene el asta de Ammon ni el giro dentado.

4 El cerebelo no forma parte de la formación hipocampal.

Para fijarlo. El hipocampo se llama así por el caballito de mar, y el asta de Ammon, por su parecido con unos cuernos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 8, pág. 230 (figura 8.23). Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 18, pág. 490. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 3, pág. 87.

EN EL ATLAS

Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Del Abril 2016 (Base) y Redolar (Ampliación).

18 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales | Anulada

Anulada

Un escotoma es:

1. Una pérdida de visión en una cuarta parte del campo visual.
2. Una pérdida de visión en la mitad de un campo visual.
3. Un pequeño punto ciego producido por una pequeña lesión cerebral occipital.
4. Una gran mácula (mancha) en el centro del campo visual por una lesión cerebral occipital.

Un escotoma es un pequeño punto ciego del campo visual, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Kolb y Whishaw explican que las **lesiones pequeñas del lóbulo occipital** a menudo producen **escotomas**, pequeños puntos ciegos en el campo visual. Muchas personas no son conscientes de ellos por el **nistagmo** y el relleno espontáneo del sistema visual. Muchas personas con lesiones de la corteza visual pierden, en cambio, la visión de un cuarto del campo (**cuadrantopsia**) o de una mitad (**hemianopsia**). Con este texto, la opción 3 coincide con la definición del manual. El motivo oficial de la anulación no consta en el corpus.

1. La pérdida de visión en una cuarta parte del campo visual es una cuadrantopsia.
2. La pérdida de visión en la mitad del campo visual es una hemianopsia.
3. Clave provisional. Coincide con el manual, que describe los escotomas como pequeños puntos ciegos producidos por lesiones pequeñas del lóbulo occipital.
4. El manual describe los escotomas como pequeños puntos ciegos; una gran mancha central no encaja en esa descripción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 13, pág. 361 (figura 13.11).

EN EL ATLAS: Tema K6 · Sistemas sensoriales. Kolb no es fuente de este tema. Se estudia con Del Abril 2016 (Base).

19 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 1

La agnosia de las marcas topográficas se define como:

1. Una incapacidad para utilizar las características sobresalientes del entorno para orientarse. ✓
2. Una distorsión espacial de la ubicación de su propio cuerpo respecto del espacio externo.
3. Una incapacidad para aprender nuevos itinerarios.
4. Un déficit para reconocer las partes de su propio cuerpo.

En la agnosia de las marcas topográficas no se pueden usar los elementos sobresalientes del entorno para orientarse

Kolb y Whishaw explican que los pacientes con **agnosia de las marcas topográficas** son incapaces de utilizar las características sobresalientes del entorno para orientarse. Pueden reconocer iglesias, casas y otras marcas topográficas, y no tienen un déficit para percibir el entorno, pero no pueden usar una iglesia o una casa concreta para guiar su movimiento. El cuadro de la figura 21.3 la asocia a lesiones del **giro lingual** y la distingue de la **desorientación egocéntrica**, la desorientación de rumbo y la **desorientación anterógrada**. Junqué y Barroso describen la agnosia topográfica como la incapacidad de identificar lugares y edificios concretos aunque se reconozca que son edificios.

1. Coincide con la definición del manual.
2. Es la desorientación egocéntrica, en la que el paciente es incapaz de representar la localización de los objetos con respecto a sí mismo, tras lesiones parietales posteriores.
3. Es la desorientación anterógrada, la incapacidad de aprender nuevas representaciones del entorno, asociada al giro parahipocampal.
4. Describe la autopagnosia, la incapacidad para localizar y denominar las partes del propio cuerpo.

LESIONES DEL HEMISFERIO DERECHO CEREBRAL Y DÉFICITS ESPACIALES (CUADRO DE LA FIGURA 21.3)

Discapacidad	Lesión	Descripción
Desorientación egocéntrica	Parietal posterior	Incapaz de representar la localización de objetos con respecto a sí mismo
Desorientación de rumbo	Cingular posterior	Incapaz de representar la dirección de la orientación con respecto al entorno
Agnosia de las marcas topográficas	Giro lingual	Incapaz de representar el aspecto de marcas topográficas sobresalientes
Desorientación anterógrada	Giro parahipocampal	Incapaz de aprender nuevas representaciones de información del entorno
Déficit de mapas espaciales o de memoria	Hipocampo	Amnesia anterógrada y retrógrada, especialmente para los detalles espaciales ricos

Fuente: Kolb y Whishaw (2017), cap. 21, figura 21.3, pág. 579

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 21, págs. 579-580; cap. 14, pág. 386. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 5, apdo. 5.4.4, págs. 176-177.

EN EL ATLAS

Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Se estudia con Kolb (Consulta) y Redolar (Base). Junqué es Ampliación del tema K6 · Sistemas sensoriales.

20

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 1

La ataxia óptica es un síntoma frecuente en lesiones cerebrales parietales posteriores uni o bilaterales que se caracteriza por:

1. Un déficit para alcanzar objetos bajo guía visual. ✓
2. Una marcha desordenada (ebria).
3. Temblores de las extremidades al enfocar un objeto.
4. Ser la única manifestación clínica del Síndrome de Bálint.

La ataxia óptica es un déficit para alcanzar objetos bajo guía visual

Kolb y Whishaw explican que Bálint usó el término **ataxia óptica** para describir el grave déficit de su paciente para **alcanzar objetos bajo guía visual**; podía hacer movimientos exactos hacia su propio cuerpo, pero no movimientos guiados por la vista. Aunque el **síndrome de Bálint** es raro, la ataxia óptica es un síntoma frecuente de las **lesiones parietales posteriores** y puede aparecer tras lesiones uni o bilaterales. Redolar describe el síndrome, propio de las lesiones parietales bilaterales, por la ataxia óptica (problemas para alcanzar un objeto guiándose por la vista), la ataxia ocular y la simultagnosia. Junqué y Barroso lo presentan como una tríada con la **apraxia oculomotora** y la restricción espacial de la atención.

1. Es la definición del manual, un déficit para alcanzar objetos bajo guía visual.
2. La marcha desordenada es una ataxia de la marcha, que Rosselli et al. relacionan con el sistema cerebeloso.
3. Los temblores se asocian a la degeneración del cerebelo; la ataxia óptica es un déficit parietal del alcance guiado por la vista.
4. El síndrome de Bálint es una tríada, de la que la ataxia óptica es solo un componente, junto con las alteraciones de la mirada y la simultagnosia o restricción de la atención.

Para fijarlo. El paciente ve el lápiz y sabe qué es, pero su mano no acierta a cogerlo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15, pág. 406. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 14, pág. 387; cap. 13, pág. 367. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 5, apdo. 5.5.1, pág. 180. Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). Neuropsicología del desarrollo infantil. Manual Moderno. Pág. 248. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, pág. 497.

EN EL ATLAS

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

21 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 4

Un bebé que ha desarrollado un apego evasivo, cuando su cuidador se ausenta mientras está jugando, suele reaccionar de la siguiente manera:

1 Detiene su juego y no está feliz.

2 Se asusta mucho.

3 Grita y llora.

4 Continúa jugando. ✓

El bebé con apego evasivo sigue jugando cuando el cuidador se va

García Madruga y Delval explican que, entre los **apegos inseguros**, Ainsworth describe el evitativo y el resistente o ambivalente. Los niños con **apego evitativo** están centrados en la exploración del entorno, con muy escasa interacción espontánea con la madre, y no suelen mostrar ansiedad ante su salida; cuando regresa, reaccionan con indiferencia. Papalia y Martorell, que lo llaman **apego evasivo**, añaden que estos bebés no se muestran afectados cuando el cuidador sale o regresa y que, por lo general, **continúan jugando** en la habitación y suelen interactuar con el desconocido. Al regreso lo ignoran o lo rechazan, y muestran pocas emociones positivas o negativas. Los gritos y el llanto intenso son propios del **apego ambivalente**.

1 Detener el juego y mostrarse afectado no es la reacción del apego evasivo, cuyos bebés no se muestran afectados por la salida del cuidador.

2 Asustarse mucho con la separación no corresponde a este patrón; los niños con apego evitativo no suelen mostrar ansiedad ante la salida de la madre.

3 Gritar y llorar describe más bien al bebé con apego ambivalente (resistente), extremadamente reactivo a la salida del cuidador.

4 Por lo general, el bebé con apego evasivo continúa jugando en la habitación cuando el cuidador se va.

> **Para fijarlo.** El niño evitativo parece no necesitar a la madre ni cuando se va ni cuando vuelve.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apartado 3.3 y tabla 4.3 (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 171.

EN EL ATLAS

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

22 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes competencias cognitivas sufre menos declive durante el proceso de envejecimiento?:

1 La inteligencia fluida.

2 La inteligencia cristalizada. ✓

3 La velocidad cognitiva.

4 La atención dividida.

La inteligencia cristalizada se mantiene o aumenta en la edad adulta mientras la fluida declina

García Madruga y Delval recogen la distinción de Cattell y Horn. La **inteligencia cristalizada** se mide con tareas de vocabulario e información general que dependen de la experiencia y el nivel cultural; la **inteligencia fluida**, con tareas abstractas que requieren una respuesta rápida y dependen más de la base neurológica. El desarrollo adulto implicaría un claro **deterioro de la fluida**, mientras que la cristalizada se mantendría e incluso aumentaría con la experiencia y los conocimientos (figura 13.5). Papalia y Martorell añaden que la fluida alcanza su tope en la adultez temprana, sobre todo la velocidad perceptual, y que la cristalizada aumenta en la mediana edad y, a menudo, hasta cerca del final de la vida. La **velocidad de procesamiento** disminuye ya desde los 20 años.

1 La inteligencia fluida sufre un claro deterioro durante la edad adulta.

2 Es la competencia que se mantiene e incluso se incrementa con la experiencia y los conocimientos.

3 La velocidad de procesamiento disminuye claramente con la edad desde la juventud, en diversas tareas.

4 Las personas mayores muestran déficits en tareas que demandan atención, como la búsqueda visual, la atención dividida y el cambio de tarea.

Ojo. García Madruga y Delval matizan que es probable que la inteligencia no se mantenga igual en todas las capacidades, y que en la vejez, sobre todo entre los más mayores, podría existir un deterioro incluso en las cristalizadas (Schaie y Willis, 2002). La clave se sostiene porque la cristalizada es la que menos declina.

Para fijarlo. El agua del vaso se agita (fluida) y el hielo conserva su forma (cristalizada); lo aprendido resiste mejor el paso de los años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 13, apartados 3.2 y 4.1, figura 13.5 (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 458. Enríquez de Valenzuela, P. (coord.) (2014). Neurociencia cognitiva. Sanz y Torres. Cap. 9, pág. 191.

EN EL ATLAS

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

23

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 3

María, de dos años y medio, utiliza la palabra 'coche' para designar no sólo a los coches, sino a todos los objetos que tienen ruedas (trenes, motos, etc.) ¿cómo se denomina este fenómeno?:

1 Condensación léxica.

2 Holofrase.

3 Sobreextensión. ✓

4 Palabra con significado centrífugo.

Llamar «coche» a todo lo que tiene ruedas es una sobreextensión

García Madruga y Delval describen varios fenómenos del desarrollo léxico temprano, la dependencia del contexto, las subextensiones, las **sobreextensiones**, el solapamiento y el desajuste (cuadro 6.2). La sobreextensión consiste en usar una sola forma léxica para referirse a los objetos que están correctamente etiquetados con esa palabra y también, de forma errónea, a otros conceptos que comparten ciertas propiedades. En el ejemplo del manual, el niño llama «perro» a todos los perros y también a otros animales de cuatro patas y tamaño parecido; María hace lo mismo con «coche» y los objetos con **ruedas**. Según el manual, alrededor de los **2 años y medio** el niño deja de sobreextender y pregunta a menudo por el nombre de las cosas. La **holofrase** es otro fenómeno, una palabra que funciona como una frase.

1. «Condensación léxica» no figura entre los fenómenos de la adquisición temprana del léxico que recoge el manual.
2. La holofrase o palabra-frase es la producción, hacia los 12 meses, de una sola palabra con valor de frase; no consiste en ampliar el referente de una palabra.
3. Es una sobreextensión, porque la palabra se aplica también, por error, a otros objetos que comparten una propiedad, las ruedas.
4. «Palabra con significado centrífugo» no es uno de los fenómenos del cuadro del manual.

FENÓMENOS EN LA ADQUISICIÓN TEMPRANA DEL LÉXICO (CUADRO 6.2)

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

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 6, cuadro 6.2 (sin paginación impresa)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 6, apartados 3.2 (cuadro 6.2) y 3.3.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

24

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con Erikson, los adultos jóvenes típicamente se encuentran ante el dilema de comprometerse y establecer relaciones estrechas mutuamente satisfactorias con otras personas sin perder la propia identidad ¿cómo se denomina este dilema?:

1 Generatividad frente a estancamiento.

2 Integridad frente a desesperación.

3 Compromiso viral frente a desimplicación vital.

4 Intimidad frente a aislamiento. ✓

El dilema del adulto joven en Erikson es la intimidad frente al aislamiento

García Madruga y Delval recuerdan que en el modelo de Erikson el paso de un estadio a otro se produce al superar una crisis entre dos polos, y que a la adultez le corresponden la **intimidad frente a aislamiento** y la **generatividad frente a estancamiento**. La tarea fundamental de la persona joven es comprometerse con otra persona, establecer una relación de intimidad, cercanía y confianza, **sin perder la propia identidad**. En la tabla 14.2, la persona debe arriesgar su identidad para lograr el vínculo de intimidad, con una fusión de identidades que mantiene la propia, y desarrolla la **capacidad de amar**. Papalia y Martorell la presentan como la crisis normativa de la adultez temprana.

1 La generatividad frente a estancamiento corresponde al adulto medio, que debe comprometerse con los otros, con su trabajo y con los hijos.

2 La integridad del yo frente a desesperación corresponde a la vejez.

3 No es uno de los estadios de Erikson.

4 Es el dilema del adulto joven, comprometerse en una relación de intimidad sin perder la propia identidad.

ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN ERIKSON (TABLA 14.2)

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, tabla 14.2 (sin paginación impresa)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 14, apartado 2.1 y tabla 14.2 (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 415.

EN EL ATLAS

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

25 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 4

Algunos adolescentes se comprometen con trayectorias de desarrollo de manera prematura, sin haber sopesado y explorado alternativas (p.e. escogen una carrera porque es la que sus padres desean) ¿en qué estado de identidad se encuentran?:

1 Difusión.

2 Logro.

3 Moratoria.

4 Exclusión. ✓

Comprometerse sin haber explorado alternativas es la exclusión, o identidad hipotecada

Marcia retoma la propuesta de Erikson y define cuatro estados de identidad combinando dos dimensiones, la **crisis** (periodo de toma de decisión personal y autónoma) y el **compromiso** (asunción efectiva de la responsabilidad). En la tabla 11.3 de García Madruga y Delval, la **identidad hipotecada** es la de quien no ha explorado pero ha adoptado compromisos, aceptando de manera acrítica los valores, creencias y expectativas de otros, como los padres. Papalia y Martorell llaman a este estado **exclusión**, en el que una persona que no ha pasado por una crisis se compromete con los planes que otra persona le impuso. El adolescente que elige la carrera que desean sus padres sin explorar alternativas encaja en él.

1 En la difusión no se ha explorado ni se han adoptado compromisos.

2 En el logro hay exploración de alternativas y un compromiso consciente y autónomo.

3 En la moratoria se exploran alternativas, pero no se llega a ningún compromiso.

4 En la exclusión hay compromiso sin exploración, con planes que proceden de otros.

Trampa. Los manuales usan nombres distintos para el mismo estado; exclusión e identidad hipotecada designan el compromiso sin crisis.

Para fijarlo. La identidad «hipotecada» se compra a plazos con valores ajenos, sin haber elegido nada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 11, apartado 4.2 y tabla 11.3 (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 354-355.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 206

26

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

La permanencia del objeto es una de los grandes logros cognitivos de la infancia. De acuerdo con Piaget ¿en qué momento queda establecida por completo?:

1. Hacia el final de la etapa sensoriomotora. ✓
2. Al desaparecer los reflejos innatos.
3. Cuando se supera el egocentrismo infantil.
4. Alrededor de los cinco años.

La permanencia del objeto se completa al final del periodo sensoriomotor

Para Piaget, la **permanencia del objeto** es la comprensión de que una persona u objeto sigue existiendo aunque no esté a la vista, y se alcanza de forma gradual durante la **etapa sensoriomotriz**. Papalia y Martorell resumen la secuencia. Entre los 12 y los 18 meses la mayoría de los lactantes buscan el objeto en el último sitio en que vieron que se ocultaba, pero no donde no lo vieron, y **entre los 18 y los 24 meses** dominan el concepto y lo buscan aunque no hayan visto dónde se escondió. García Madruga y Delval sitúan en el **estadio 6** la adquisición del concepto de objeto en uno de sus rasgos principales, la constancia o permanencia, junto con los conceptos de espacio, tiempo y causalidad.

1. Se completa en el último subestadio sensoriomotor, entre los 18 y los 24 meses.
2. En los primeros estadios el bebé solo muestra un principio de búsqueda, y la permanencia se completa al final del periodo sensoriomotor.
3. El egocentrismo que el manual atribuye al niño preoperatorio (de 2 a 7 años) es posterior; la permanencia del objeto ya se ha completado al final del periodo sensoriomotor.
4. A los cinco años el niño ya está en la etapa preoperacional; la permanencia del objeto se ha completado hacia los dos años.

Ojo. García Madruga y Delval describen el desarrollo del concepto de objeto como una línea que va «del egocentrismo del recién nacido» hasta la adaptación intelectual a objetos con existencia independiente (cap. 3, apartado 4.2). La opción 3 habla, en cambio, del egocentrismo infantil, que el manual sitúa en el periodo preoperatorio (cap. 1, cuadro de los estadios).

Para fijarlo. A los dos años el niño busca el juguete aunque no haya visto dónde lo escondieron, porque ya sabe que sigue existiendo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 3, apartado 4.2; cap. 1, cuadro de los estadios de Piaget (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 132-133.

EN EL ATLAS

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

27 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma del llamado “Pensamiento grupal” (Janis)?:

1 Sobreestimación del propio grupo.

2 Mentalidad cerrada.

3 Divergencia opositora. ✓

4 Incremento en la presión de conformidad.

La divergencia opositora no figura entre los síntomas del pensamiento grupal de Janis

Molero et al. explican que Janis clasifica los síntomas del **pensamiento grupal** en tres tipos. El primero es la **sobreestimación del endogrupo** («somos fuertes, inteligentes, invulnerables y moralmente superiores»). El segundo es la **cerrazón mental**, que lleva a racionalizar cualquier duda y a ver a los exogrupos de forma estereotipada. El tercero son las **presiones hacia la uniformidad**, que incluyen la presión directa sobre los disidentes, la autocensura, la ilusión de unanimidad y los «guardianes de la mente». Gaviria, López y Cuadrado recogen los mismos ocho síntomas en la figura 13.3. En ninguno de los dos manuales aparece una «divergencia opositora»; al contrario, los síntomas suprimen la disensión.

1 La sobreestimación del grupo es el primer tipo de síntomas, con la ilusión de invulnerabilidad y la creencia en la moralidad del grupo.

2 La cerrazón (mentalidad cerrada) es el segundo tipo, con las racionalizaciones colectivas y la visión estereotipada de los exogrupos.

3 No es un síntoma, porque el pensamiento grupal se caracteriza por suprimir la disensión.

4 Las presiones hacia la uniformidad son el tercer tipo de síntomas.

Trampa. Las opciones correctas usan sinónimos de los tipos de Janis (mentalidad cerrada por cerrazón mental, presión de conformidad por presiones hacia la uniformidad).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 8, apartado 4.2.1, págs. 263-265. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 366-368 (figura 13.3).

EN EL ATLAS

Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base) y Gaviria (Ampliación).

28 PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 4

La denominada “Teoría del conflicto de grupo realista” señala que la causa fundamental de los conflictos humanos es:

1 La existencia de prejuicios.

2 Los instintos agresivos.

3 Los valores transmitidos socialmente.

4 La competencia por recursos limitados. ✓

Para la teoría del conflicto realista, la competición por recursos escasos causa el conflicto entre grupos

Gaviria, López y Cuadrado sitúan el inicio del estudio del conflicto intergrupal en los **experimentos de campo de Sherif**, en campamentos de verano, que fueron la base de la **teoría del conflicto realista**. El más representativo es el de la **Cueva de los Ladrones**, en el que dos grupos de niños, formados al azar, desarrollaron hostilidad y conductas agresivas cuando se introdujeron juegos competitivos en los que solo uno podía ganar. Desde esta teoría, la **competición por recursos escasos** es un prerrequisito para que emerja el conflicto. El manual la presenta, junto con la teoría de la identidad social, como una de las dos teorías más destacadas de las relaciones intergrupales, y la usa también para explicar el **prejuicio**.

1 Desde esta perspectiva, el prejuicio se explica como resultado del conflicto intergrupal.

2 La teoría sitúa el origen del conflicto en la competición real entre grupos, sin apelar a instintos agresivos.

3 Los valores transmitidos socialmente no son el factor que la teoría sitúa en el origen del conflicto.

4 Es la tesis de la teoría, para la que la competición por recursos escasos es un prerrequisito del conflicto.

> **Para fijarlo.** En la Cueva de los Ladrones bastaron unos juegos en los que solo un grupo podía ganar para que las águilas quemaran la bandera de las serpientes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 369-370 (cuadro 13.5); cap. 12, pág. 337.

EN EL ATLAS

Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Gaviria (Base).

29

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 1

Cuando un sujeto desarrolla un patrón de atribución en el que considera que las víctimas son responsables de sus propias desgracias, está desarrollando la llamada:

1 Creencia en un mundo justo. ✓

2 Reciprocidad.

3 Profecía autocumplida.

4 Atribución externa.

Culpar a las víctimas de su desgracia se explica por la creencia en un mundo justo

Gaviria, López y Cuadrado relacionan la tendencia a hacer **atribuciones disposicionales** con las creencias sobre un **mundo justo**, en el que cada uno tiene lo que se merece. Estas creencias, muy extendidas en las culturas individualistas, favorecen explicaciones que **culpabilizan a la víctima** de lo que le ha ocurrido, como culpar a la víctima de una violación por su forma de vestir o responsabilizar a un desempleado de su situación. En el capítulo de conducta de ayuda añaden que, según Lerner y Miller (1978), estas personas necesitan creer que el mundo es justo, y aceptar que alguien padezca un **sufrimiento inmerecido** iría en contra de esa creencia. La consecuencia puede ser negarle ayuda.

1. Es la creencia que lleva a pensar que las víctimas tienen lo que se merecen.
2. La reciprocidad es la norma de tratar a los demás como ellos nos tratan; no explica la culpabilización de las víctimas.
3. La profecía autocumplida es el efecto de las expectativas del perceptor, que con su comportamiento influye en la persona percibida.
4. Atribuir la desgracia a la propia víctima es una atribución a sus disposiciones; una atribución externa la explicaría por las circunstancias.

Trampa. La opción 4 suena a teoría de la atribución, pero culpar a la víctima supone justo lo contrario de una atribución externa.

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. 93 y 103-104; cap. 9, pág. 247; cap. 7, pág. 188; cap. 3, pág. 59.

EN EL ATLAS

Tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión.

30 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 3

El proceso cognitivo que tiende a atribuir las conductas de los otros a causas internas más que a causas situacionales se denomina:

1 Mezquindad cognitiva.

2 Sesgo optimista.

3 Error fundamental de atribución. ✓

4 Heurístico de representatividad.

La tendencia a explicar la conducta ajena por causas internas es el error fundamental de atribución

Gaviria, López y Cuadrado explican que inicialmente se usó el término **error fundamental de atribución** (Ross, 1977) para la tendencia a enfatizar las explicaciones basadas en las **características disposicionales** del actor frente a las basadas en el entorno. Lo llamaron «fundamental» porque se creía universal, pero, aunque es muy común, dista mucho de serlo, y por eso parece más conveniente hablar de **sesgo de correspondencia**. La tendencia exagerada a sobrestimar las disposiciones personales en detrimento de las **causas situacionales** serviría a la motivación de control. El manual cita como ejemplo el experimento de Jones y Harris (1967).

1 La «mezquindad cognitiva» no es el nombre de este sesgo de atribución.

2 Los sesgos optimistas, como el optimismo ilusorio, llevan a pensar que a uno le ocurrirá lo bueno y no lo malo; no se refieren a las causas de la conducta ajena.

3 Es el error fundamental de atribución, hoy llamado también sesgo de correspondencia.

4 El heurístico de representatividad sirve para inferir la probabilidad de que un estímulo pertenezca a una categoría por su parecido con ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 103; cap. 3, págs. 62-63 y 68.

EN EL ATLAS

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

31 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 2

La técnica de persuasión consiste en lanzar una pequeña petición con el objeto de que se acceda posteriormente a una petición mayor se denomina:

1 Técnica de la bola baja.

2 Técnica del pie en la puerta. ✓

3 Técnica del portazo en la cara.

4 Técnica de reciprocidad.

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

Gaviria, López y Cuadrado agrupan el **pie en la puerta**, la bola baja y la de «incluso un penique es suficiente» entre las tácticas basadas en el **compromiso y la coherencia**. La del pie en la puerta consiste en conseguir un compromiso inicial, aunque sea de poca importancia, sabiendo que la persona, una vez que ha accedido, actuará en consecuencia y será más fácil que acepte otra petición en la misma línea. La primera comprobación empírica fue de Freedman y Fraser (1966). Las tácticas basadas en la **reciprocidad** son otras, la de «esto no es todo» y la del **portazo en la cara**, que empieza con una petición grande para pedir después otra menor.

1. La bola baja consigue que la persona se comprometa con una información falsa o incompleta y que mantenga el compromiso cuando conoce la información adecuada.
2. Es la táctica del pie en la puerta, que parte de un compromiso pequeño para que después sea más fácil aceptar una petición mayor.
3. El portazo en la cara hace lo contrario, comenzar con un gran favor para pedir a continuación uno menor.
4. Las tácticas de reciprocidad («esto no es todo» y el portazo en la cara) se basan en la obligación de devolver lo recibido o de corresponder a una concesión.

> **Trampa.** El pie en la puerta y el portazo en la cara son simétricos; fíjate en si la primera petición es pequeña o grande.

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

32 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)

Respuesta correcta: 2

En relación con los diseños factoriales, indique por favor la afirmación CORRECTA:

1 Una de las ventajas del diseño factorial en comparación con el diseño multigrupos es que permite examinar los efectos de interacción entre las variables independientes y las variables dependientes.

2 En los diseños factoriales, cuando la interacción es estadísticamente significativa, los efectos principales no son consistentes y se aconseja interpretar los efectos simples. ✓

3 Los resultados obtenidos mediante un diseño factorial aleatorio, pueden analizarse tanto mediante análisis factorial de la varianza como mediante análisis factorial de componentes principales.

4 Los diseños factoriales de medidas parcialmente repetidas se caracterizan por la utilización de dos o más variables dependientes.

Con una interacción significativa, los efectos principales no son consistentes y se analizan los efectos simples

Balluerka y Vergara explican que la principal ventaja del diseño factorial frente al unifactorial es que, además de analizar los **efectos principales**, permite examinar los **efectos de interacción** entre los factores, es decir, el efecto conjunto de las variables independientes sobre la conducta. Cuando la **interacción es significativa**, los efectos principales no son consistentes y deben agotarse las posibilidades del modelo. Una manera de hacerlo es estimar los **efectos simples** y, si procede, aplicar después contrastes individuales, que es la estrategia más utilizada por los metodólogos del comportamiento. Maciá et al. definen los efectos simples como los contrastes de los tratamientos de un factor en cada nivel del otro factor. Los datos de un diseño factorial aleatorio se analizan con el **análisis factorial de la varianza**.

1 La interacción se da entre las variables independientes (los factores), cuyo efecto conjunto se observa en la variable dependiente.

2 Es la recomendación del manual, que propone estimar los efectos simples cuando la interacción es significativa.

3 El diseño factorial aleatorio se analiza con el análisis factorial de la varianza; el análisis de componentes principales no figura entre los análisis del diseño.

4 Los diseños de medidas parcialmente repetidas (factorial mixto) combinan varios factores, uno o más intrasujeto y uno o más intersujetos; no se definen por tener varias variables dependientes.

Trampa. Las opciones 1 y 4 cambian «variables independientes» por «dependientes»; la 3 confunde análisis factorial de la varianza con análisis factorial de componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 7, págs. 90-92; cap. 9, pág. 282. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 213-214.

EN EL ATLAS: Tema L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores. Se estudia con Maciá (Base) y Balluerka (Ampliación). Balluerka es Consulta del tema L16.

33

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L6 · Diseños cuasiexperimentales

Respuesta correcta: 2

En el ámbito de los diseños de investigación, indique la afirmación CORRECTA:

1. El diseño con grupo de control no equivalente es un diseño experimental prototípico.
2. Los diseños de series temporales interrumpidas se caracterizan por el registro de múltiples medidas antes y después de introducir la intervención o el tratamiento. ✓
3. En los diseños cuasiexperimentales de grupo único la regla de asignación utilizada es no aleatoria pero conocida.
4. Los diseños de discontinuidad en la regresión se definen por la utilización de una variable de asignación no aleatoria ni conocida.

Las series temporales interrumpidas registran muchas medidas antes y después del tratamiento

Quintanilla et al. explican que una **serie temporal** implica tomar varias observaciones de una variable a lo largo del tiempo; por ejemplo, evaluar el rendimiento cada mes de un curso. Para analizarla hay que saber en qué momento se introduce el tratamiento dentro de la serie, y si es eficaz, las observaciones posteriores serán diferentes de las previas. Los diseños cuasiexperimentales con grupo de control se distinguen por la **regla de asignación**. En los de **grupo de control no equivalente** se trabaja con grupos ya formados y la regla es desconocida. En los de **discontinuidad en la regresión** la regla es conocida, porque los participantes se asignan según su puntuación en la medida pretratamiento.

1. El diseño con grupo de control no equivalente es cuasiexperimental, porque trabaja con grupos ya formados y no asigna aleatoriamente.
2. Es la definición del manual, varias observaciones antes y después de introducir el tratamiento en la serie.
3. La regla de asignación no aleatoria pero conocida caracteriza a los diseños de discontinuidad en la regresión, que comparan grupos formados según el pretest.
4. En la discontinuidad en la regresión la regla de asignación es conocida, porque los participantes se asignan según su puntuación en el pretest.

> **Trampa.** Las opciones 3 y 4 juegan con la regla de asignación, que es conocida en la discontinuidad en la regresión y desconocida en el grupo de control no equivalente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 6, apartados 6.6, 6.6.2 y 6.8 (sin paginación impresa).

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

34

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 2

En lo que respecta a la validez interna del diseño, indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. En los diseños de medidas repetidas, las amenazas a la validez interna provienen de los efectos de orden y residuales.
2. Los efectos de orden y residuales pueden ser controlados mediante técnicas de eliminación. ✓
3. En los diseños N=1 se utilizan técnicas de control como la equiponderación.
4. En los diseños intersujeto, la equivalencia inicial de los grupos se garantiza utilizando la regla de asignación aleatoria.

Los efectos de orden y residuales se controlan con el contrabalanceo

Quintanilla et al. explican que, en los diseños intragrupo, todas las condiciones se aplican de forma secuencial a los mismos participantes, y es fundamental controlar el **orden de aplicación** para que sus efectos no se confundan con los de las condiciones. La técnica para ello es el **contrabalanceo, equiponderación o reequilibrado**, que controla el efecto del orden o **error progresivo**. Su variante intrasujeto lo controla de forma individual, en cada sujeto, presentando las condiciones en un orden y después en el inverso. La **técnica de eliminación** consiste en suprimir la variable extraña del estudio, algo que no puede hacerse con el orden de presentación. En los diseños intergrupos, la **asignación aleatoria** hace que las diferencias previas se distribuyan al azar y los grupos sean inicialmente iguales.

1. Es correcta. En los diseños de medidas repetidas la amenaza procede de la práctica repetida, es decir, de los efectos de orden y residuales.
2. Es falsa. Los efectos de orden se controlan con el contrabalanceo; la eliminación suprime la variable extraña del estudio, lo que no es posible con el orden de las condiciones.
3. Es correcta. El contrabalanceo intrasujeto controla el error progresivo de forma individual, en cada sujeto.
4. Es correcta. La asignación aleatoria hace que las diferencias previas se repartan al azar y los grupos sean inicialmente iguales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apartados 4.3.2 y 4.5.2.1; cap. 3, apartado 3.2.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

35 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)

Respuesta correcta: 3

Con relación a los supuestos del modelo estadístico, indique la afirmación CORRECTA:

1. La normalidad es un supuesto que puede ser explorado mediante la prueba de Brown-Forsythe.
2. La homogeneidad de la varianza es un supuesto cuya comprobación suele realizarse mediante la prueba W de Welch.
3. La prueba de Durbin-Watson analiza la existencia de autocorrelación entre residuales y nos informa acerca del supuesto de independencia de las observaciones. ✓
4. Un valor en la prueba de Shapiro-Wilks de SW=2,781; p=0,05 muestra un valor estadísticamente significativo que indica que se cumple el supuesto de normalidad.

El estadístico de Durbin-Watson valora la autocorrelación de los residuos y, con ella, la independencia

Pardo y San Martín explican que el grado de autocorrelación entre los residuos puede valorarse con el **estadístico de Durbin-Watson**, que toma valores entre 0 y 4. Los valores en torno a 2 indican que los residuos son independientes, y suele asumirse independencia entre 1,5 y 2,5. Los demás supuestos tienen sus propias pruebas. La **normalidad** se contrasta con Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors o con Shapiro-Wilk. La **igualdad de varianzas**, con la prueba de Levene o con la de Brown y Forsythe, que hace lo mismo con las medianas. Si no puede asumirse igualdad de varianzas, la F se sustituye por los estadísticos robustos de **Welch y Brown-Forsythe**.

1. La prueba de Brown y Forsythe contrasta la igualdad de varianzas (es la de Levene con medianas) y da nombre a un estadístico F robusto; no explora la normalidad.
2. La W de Welch es un estadístico robusto para comparar medias cuando no puede asumirse igualdad de varianzas; no sirve para comprobar ese supuesto.
3. Es correcta. El estadístico de Durbin-Watson valora la autocorrelación de los residuos, que informa de la independencia.
4. Un resultado significativo en Shapiro-Wilk lleva a rechazar la hipótesis de normalidad, de modo que el supuesto no se cumpliría.

Ojo. La lectura de la opción 4 se basa en la lógica del contraste. Pardo, Ruiz y San Martín presentan la prueba de Shapiro-Wilk como un estadístico para contrastar el ajuste a la distribución normal, y Pardo y San Martín aplican la misma regla a la prueba de Levene, en la que una F significativa lleva a rechazar la igualdad de varianzas.

Trampa. En las pruebas de supuestos la hipótesis nula es que el supuesto se cumple; un resultado significativo indica incumplimiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, págs. 198-199 y 237 (apéndice 6); cap. 10, pág. 404. Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Síntesis. Cap. 4, pág. 114.

EN EL ATLAS

Tema L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor. Se estudia con Pardo II (Consulta) y Maciá (Base).

36

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 4

En el ámbito de la validez de conclusión estadística, indique la afirmación INCORRECTA:

1. La baja potencia estadística puede implicar un alto riesgo de cometer un error de tipo II.
2. La escasa fiabilidad de las medidas utilizadas puede influir en las conclusiones sobre covariación.
3. Existen estadísticos que de manera sistemática infraestiman o sobreestiman la magnitud de un efecto, lo cual amenaza a la validez de la conclusión estadística.
4. La heterogeneidad de las unidades muestrales incrementa la probabilidad de detectar el efecto objeto de estudio. ✓

La heterogeneidad de la muestra dificulta detectar el efecto, porque aumenta la variabilidad y reduce la potencia

Quintanilla et al. definen la **validez de conclusión estadística** como la seguridad de las inferencias sobre si las variables covarían y sobre la fuerza de esa covariación. Depende de la calidad de las medidas y de la adecuación y potencia de las técnicas. Si las medidas no son fiables o las pruebas no se adecúan a los datos, puede concluirse que covarían cuando no lo hacen (**error tipo I**) o que no covarían cuando sí lo hacen (**error tipo II**), y puede infraestimarse o sobreestimarse la magnitud de la covariación. La **potencia estadística** depende, entre otros factores, del tamaño de la muestra y de la **variabilidad de las medidas**. Una muestra heterogénea aumenta la variabilidad, así que reduce la probabilidad de detectar el efecto.

1. Es correcta. Un estudio con baja potencia puede concluir erróneamente que no existe relación, que es un error tipo II.
2. Es correcta. Si las medidas no son fiables, las conclusiones sobre la covariación pueden ser incorrectas.
3. Es correcta. Las pruebas estadísticas inadecuadas pueden llevar a infraestimar o sobreestimar el efecto del tratamiento.
4. Es falsa. La heterogeneidad aumenta la variabilidad de las medidas y reduce la potencia, de modo que dificulta detectar el efecto.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES AMENAZAS A LA VALIDEZ DE CONCLUSIÓN ESTADÍSTICA (TABLA 3.3)

Amenazas	Definiciones
Errores de medida	Si las medidas no son fiables, las conclusiones de covariación entre las variables pueden ser incorrectas.
Restricción del rango de variabilidad	Si los valores que presentan las variables están restringidos a un rango de variabilidad muy pequeño se puede ver afectada negativamente la potencia estadística de las pruebas e impedir que se detecten covariaciones entre las variables.
Inadecuación de la pruebas estadísticas	La aplicación de pruebas estadísticas no adecuadas a la naturaleza de los datos puede llevar a infraestimar o sobreestimar el efecto del tratamiento o VI.
Baja potencia estadística	Un estudio con baja potencia estadística puede concluir erróneamente que no existe relación significativa entre las variables.

Fuente: Quintanilla et al. (2020), cap. 3, tabla 3.3 (sin paginación impresa)

Ojo. La edición vigente de Quintanilla et al. no nombra la heterogeneidad de la muestra como amenaza; la relaciona con la potencia a través de la variabilidad de las medidas. La edición anterior del manual (Fontes et al., 2010, cuadro 4.4) sí la recogía, con la explicación de que una muestra más heterogénea tiene mayor desviación típica y menor probabilidad de detectar la covariación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 3, apartados 3.2.3 y 3.2.3.1, tabla 3.3 (sin paginación impresa). Fontes de Gracia, S. et al. (2010). Fundamentos de investigación en psicología. UNED. Tema 4, cuadro 4.4.

EN EL ATLAS

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

37 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 3

En el modelo de regresión lineal simple cuando trabajamos en puntuaciones típicas, el coeficiente de regresión (beta) de la variable independiente (VI) es igual a:

1 La varianza de la variable dependiente (VD)

2 0.

3 La correlación de Pearson entre la VD y la VI. ✓

4 1.

En la regresión simple con puntuaciones típicas, la pendiente coincide con la correlación de Pearson

Suárez Falcón et al. presentan la recta de regresión Y' = a + bX, en la que **a** es el origen, el punto en que la recta corta al eje de ordenadas, y **b** es la pendiente, que indica cuánto cambia Y por cada unidad de X. Cuando se trabaja en **puntuaciones típicas**, la recta pasa por el origen, de modo que no hay término constante. Martínez Arias et al. señalan que la pendiente de la recta en puntuaciones típicas coincide con el **coeficiente de correlación** entre las dos variables, y precisan que esto solamente sucede en la **regresión lineal simple**. Pardo y San Martín lo confirman, porque en regresión simple el coeficiente de regresión tipificado coincide con el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que en la múltiple los coeficientes tipificados no son correlaciones.

1. La varianza de la variable dependiente no es el coeficiente de regresión tipificado.
2. En puntuaciones típicas es la constante (el origen) la que vale 0, porque la recta pasa por el origen; la pendiente no.
3. Es el resultado que recogen los manuales, válido en la regresión lineal simple.
4. La pendiente tipificada solo valdría 1 si la correlación fuera perfecta.

Trampa. La opción 2 confunde la pendiente con el origen, que es el que se anula al tipificar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 218-220. Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2006). Psicometría. Alianza. Cap. 9, pág. 256. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, pág. 388.

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

38

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados) Anulada

Anulada

Antes de aplicar una prueba t de diferencias de medias para grupos independientes, hay que comprobar el supuesto de homocedasticidad ¿Cuál de las siguientes pruebas se emplea para tal fin?:

1. Brown-Forsythe.
2. U de Mann-Witney.
3. Chi-cuadrado.
4. F de Levene.

Levene y Brown-Forsythe contrastan la igualdad de varianzas, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Pardo, Ruiz y San Martín explican que, para decidir qué versión del estadístico t usar con muestras independientes, se contrasta la **igualdad de varianzas** con la **prueba de Levene**. Pardo y San Martín añaden que **Brown y Forsythe** han propuesto un procedimiento idéntico al de Levene, pero con las **medianas** en lugar de las medias. Con este texto, la opción 1 también describe una prueba de homocedasticidad, lo que coincide con el motivo de la anulación que recoge el comentario de partida, según el cual se consideró correcta también la opción 1.

1. El procedimiento de Brown y Forsythe es idéntico al de Levene con medianas, así que también contrasta la igualdad de varianzas.
2. La U de Mann-Whitney es, como la t, una prueba para comparar dos grupos independientes; no contrasta la igualdad de varianzas.
3. El chi-cuadrado se emplea con variables categóricas y no sirve para comprobar la homocedasticidad antes de una t.
4. Clave provisional. La prueba de Levene es la que el manual propone para contrastar la igualdad de varianzas antes de la t para muestras independientes.

Ojo. Las opciones 1 y 4 tienen apoyo en el corpus, porque Levene y Brown-Forsythe contrastan la misma hipótesis de igualdad de varianzas (Pardo y San Martín, cap. 6, pág. 198).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Síntesis. Cap. 11, págs. 322-324. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, pág. 198; cap. 4, pág. 132.

EN EL ATLAS

Tema L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados. Se estudia con Pardo II (Ampliación) y Maciá (Base). Pardo I es Base del tema L18 · Contraste de la relación entre variables.

39 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 2

La fórmula de Spearman-Brown se usa para estimar el cambio que se produciría en el coeficiente de fiabilidad de un test cuando aumentamos:

1 La variabilidad de la muestra.

2 La longitud, añadiendo ítems paralelos. ✓

3 El tamaño de la muestra.

4 El tiempo transcurrido entre dos aplicaciones de test.

La fórmula de Spearman-Brown predice la fiabilidad al alargar el test con ítems paralelos

Muñiz expone, entre los factores que afectan a la fiabilidad, la relación entre **fiabilidad y longitud**. Según los supuestos del modelo clásico, si un test se alarga n veces con **ítems paralelos** a los originales, la fiabilidad del nuevo test viene dada por la **fórmula de Spearman-Brown**, llamada a menudo «profecía de Spearman-Brown» porque predice lo que le ocurrirá a la fiabilidad al aumentar la longitud. La fórmula permite también calcular cuántos ítems hay que añadir para alcanzar una fiabilidad dada; en el ejemplo del manual, pasar de 0,80 a 0,90 exige alargar un test de 40 ítems hasta 90. La **variabilidad de la muestra** es otro factor distinto, porque el coeficiente aumenta al aumentar la variabilidad.

1 La variabilidad de la muestra también afecta a la fiabilidad, que aumenta con ella, pero ese efecto no se estima con la fórmula de Spearman-Brown.

2 Es el uso de la fórmula, predecir la fiabilidad del test alargado con ítems paralelos.

3 El tamaño de la muestra no es el factor que contempla la fórmula.

4 El intervalo entre dos aplicaciones afecta al coeficiente test-retest, que estima la estabilidad; la fórmula se refiere a la longitud del test.

> **Para fijarlo.** La «profecía» de Spearman-Brown anticipa cuánto ganará la fiabilidad si el test crece con ítems paralelos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, págs. 33-35.

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

40

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 2

En el contexto de los diseños experimentales, es necesario utilizar alguna(s) de las siguientes estrategias de control para garantizar la validez interna. Indique la opción INCORRECTA:

1. Técnicas de equilibración como la asignación aleatoria.
2. Selección aleatoria de la muestra. ✓
3. Técnicas de constancia, utilizando un único valor de la variable perturbadora en todos los grupos.
4. Equiponderación en el caso de diseños experimentales con medidas repetidas.

La selección aleatoria de la muestra busca la representatividad, que es una cuestión de validez externa

Quintanilla et al. describen las **técnicas de control** de las variables extrañas. La **aleatorización** asigna los participantes a los grupos o tratamientos para que las diferencias previas se repartan al azar; en los diseños intragrupo se aplica al orden de presentación, que es el **contrabalanceo**. La **constancia** elige un valor distinto de cero de la variable extraña y lo mantiene igual para todos los participantes, como fijar la temperatura del laboratorio en 21 grados. La **selección aleatoria** de la muestra es, en cambio, una técnica de muestreo probabilístico que aumenta la probabilidad de que la muestra sea representativa, y el manual vincula la representatividad con la **validez externa** poblacional.

1. La aleatorización (asignación aleatoria) es una técnica de equilibración que reparte al azar las diferencias previas entre los grupos.
2. Es la opción incorrecta, porque la selección aleatoria de la muestra sirve a la representatividad, es decir, a la validez externa.
3. La constancia aplica el mismo valor de la variable extraña a todos los participantes de todos los grupos.
4. El contrabalanceo, equiponderación o reequilibrado controla el efecto del orden en los diseños intragrupo.

Trampa. Selección aleatoria y asignación aleatoria se parecen, pero la primera se refiere a quién entra en la muestra y la segunda a qué condición recibe cada participante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apartado 4.3.2; cap. 2, apartado 2.2.3.2; cap. 3, apartado 3.2.4 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

41 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L8 · Encuesta y metodología observacional

Respuesta correcta: 3

En el ámbito de la metodología observacional, señale la afirmación INCORRECTA:

1. El método observacional se caracteriza por la no intervención del investigador en el fenómeno de estudio y por la no restricción de las repuestas de los sujetos a través de las tareas o los instrumentos de evaluación.
2. En la metodología observacional, el sistema de categorías puede considerarse el instrumento de medida.
3. El método observacional se caracteriza por la búsqueda de relaciones causales y el control del comportamiento de los sujetos. ✓
4. En los diseños observacionales, para calcular la fiabilidad inter-observadores se puede utilizar el índice de Kappa.

La metodología observacional estudia la conducta espontánea y no busca controlar ni establecer causas

Quintanilla et al. presentan la **observación** como la opción metodológica idónea para estudiar el **comportamiento espontáneo** en sus contextos naturales. Cuando el investigador quiere conocer cómo se modifica la conducta manipulando y controlando variables para identificar **relaciones de causalidad**, utiliza la metodología experimental. Por eso, en los estudios observacionales el investigador no plantea restricciones a las respuestas de los participantes. El manual subraya la importancia del **sistema de categorías** como instrumento de observación. Para el control de calidad de los datos recoge el **índice kappa** de Cohen, que corrige el acuerdo debido al azar entre observadores.

1. Es correcta. La observación estudia la conducta espontánea y no plantea restricciones a las respuestas de los participantes.
2. Es correcta. El manual presenta el sistema de categorías como el instrumento de observación.
3. Es falsa. La búsqueda de relaciones causales mediante la manipulación y el control de variables caracteriza a la metodología experimental.
4. Es correcta. El índice kappa es uno de los índices de acuerdo entre observadores más aceptados en metodología observacional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 9, apartados 9.1, 9.2, 9.3 y 9.6.1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema L8 · Encuesta y metodología observacional. Se estudia con Quintanilla (Base).

42

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 1

¿Qué caracteriza a los sujetos con "ansiedad defensiva" baja o represores?:

1. Se describen como calmados pero muestran niveles altos de excitabilidad autonómica en situaciones de estrés. ✓
2. Se describen como calmados y muestran niveles bajos de excitabilidad autonómica en situaciones de estrés.
3. Se describen como ansiosos, pero muestran niveles bajos de excitabilidad autonómica en situaciones de estrés.
4. Se describen como ansiosos y muestran niveles altos de excitabilidad autonómica en situaciones de estrés.

El represor dice estar tranquilo, pero responde al estrés con una activación fisiológica alta

Belloch, Sandín y Ramos recogen que Byrne situó la estrategia defensiva ante el estrés en la dimensión **represión/sensibilización**. Los **represores** informan de baja ansiedad ante el estrés, pero emiten elevadas respuestas fisiológicas; los sensibilizadores informan de más ansiedad de la que reflejan sus registros fisiológicos. Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) combinaron la **deseabilidad social** (DS) y la **ansiedad autoinformada** (AA) en cuatro tipos. El represor puntúa alto en DS y bajo en AA, y en el laboratorio muestra altas respuestas fisiológicas aunque dice sentir poca ansiedad, porque reduce cognitivamente la ansiedad de forma defensiva. En los tipos no defensivos, las respuestas fisiológicas sí correlacionan con el autoinforme.

1. Describe al represor, que informa de baja ansiedad y emite elevadas respuestas fisiológicas ante el estrés.
2. Calma informada con baja activación corresponde a un tipo no defensivo, en el que el autoinforme y la fisiología coinciden.
3. Informar de ansiedad con baja activación corresponde al tipo de defensividad ansiosa, que incrementa la ansiedad de forma defensiva.
4. Ansiedad informada con alta activación corresponde al tipo no defensivo y ansioso.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS SEGÚN WEINBERGER, SCHWARTZ Y DAVIDSON (1979)

Tipo	Deseabilidad social (DS) y ansiedad (AA)	En el laboratorio
Represor	alta puntuación en DS y baja en AA	emite altas respuestas fisiológicas ante estímulos estresores, a pesar de que informa de experimentar baja ansiedad
No-defensivo/no-ansioso	baja puntuación en DS y AA	correlacionan las respuestas fisiológicas con el autoinforme de ansiedad
No-defensivo/ansioso	baja puntuación en DS y alta en AA	correlacionan las respuestas fisiológicas con el autoinforme de ansiedad
Defensividad ansiosa	alta puntuación en DS y alta en AA	emite bajas respuestas psicofisiológicas a pesar de informar de altos niveles de ansiedad

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2008), vol. II, cap. 1, págs. 18-19

Para fijarlo. El represor niega la ansiedad en el cuestionario, pero su corazón lo delata.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 1, págs. 18-19.

EN EL ATLAS: Tema B9 · Estrés. Belloch 2008 no es fuente de este tema.

43

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 2

¿A qué hace referencia el concepto de expectativa de autoeficacia (Bandura) en Psicología de la Personalidad?:

1. La capacidad percibida de hacer frente a cualquier situación.
2. La capacidad percibida de hacer frente a situaciones específicas. ✓
3. Las expectativas de obtención de refuerzo.
4. Lo que la gente desea que suceda.

La autoeficacia es la capacidad percibida para afrontar situaciones específicas

Bermúdez define la **autoeficacia** como el juicio que la persona hace sobre su capacidad para afrontar **situaciones específicas** (Bandura, 1977, 1997). Esa capacidad percibida influye en las actividades que se emprenden, en el esfuerzo, en la persistencia y en las reacciones emocionales. Es **prospectiva**, porque se siente antes de empezar la acción, y **operativa**, porque se relaciona con la acción y su contexto. Las personas con alta autoeficacia eligen metas más difíciles, se esfuerzan y persisten más, afrontan las tareas con mejor ánimo y manejan mejor el estrés. El **locus de control** es otra expectativa, la creencia de que la propia respuesta influirá o no en la consecución de un refuerzo, y se entiende como una expectativa generalizada.

1. La autoeficacia es la capacidad percibida para afrontar situaciones específicas; la opción la extiende a cualquier situación.
2. Es la definición del manual.
3. La expectativa de control sobre los refuerzos corresponde al locus de control de Rotter.
4. Lo que la persona desea que suceda no es una expectativa de eficacia, que se refiere a la propia capacidad de afrontar la situación.

> **Trampa.** La opción 1 generaliza a «cualquier situación», que es lo propio del locus de control como expectativa generalizada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 339 y 342-343.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 58

44

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Atendiendo a la teoría de la sensibilidad al refuerzo de Gray, las recompensas:

1. Tienen un mayor impacto emocional en los extrovertidos que en los introvertidos. ✓
2. Tienen un mayor impacto emocional en los introvertidos que en los extrovertidos.
3. Tienen el mismo impacto emocional tanto en introvertidos como en extravertidos.
4. El impacto diferencial entre los introvertidos y extrovertidos está mediado por el autoconcepto.

Para Gray, los extravertidos son más sensibles a las señales de premio

Sánchez-Elvira explica que Gray propone dos centros antagonistas de control en el sistema nervioso. El **sistema de activación conductual** (BAS) responde a las señales asociadas a los refuerzos y es el fundamento de la **impulsividad**; el **sistema de inhibición conductual** (BIS) responde a las señales de castigo y de ausencia de recompensa y es la base de la **ansiedad**. En respuesta a Eysenck, Gray propone que los **extravertidos**, con un nivel alto de actividad del BAS, son más sensibles a las señales de premio o de ausencia de castigo, y los **introvertidos**, con un BIS más activo, a las de castigo o de ausencia de premio. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán lo resumen igual, y Bermúdez añade que los extravertidos serían más sensibles a experimentar emociones positivas.

1. Es la predicción de Gray, porque el BAS, más activo en los extravertidos, los hace más sensibles a las señales de premio.
2. Los introvertidos, con el BIS más activo, son más sensibles a las señales de castigo o de ausencia de premio.
3. La teoría predice una sensibilidad diferente en extravertidos e introvertidos.
4. El autoconcepto no interviene en la explicación de Gray, que es neurofisiológica (BAS y BIS).

Para fijarlo. BAS busca el premio (extravertido, impulsivo) y BIS teme el castigo (introvertido, ansioso).

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, apartado 4.8 (sin paginación impresa). Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 359. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, págs. 314-315.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Se estudia con Bermúdez 2017 (Base) y Sánchez-Elvira (Ampliación). Bermúdez 2011 es Base del tema H13 · Afectividad negativa y positiva.

45 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L9 · Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad

Respuesta correcta: 4

Las teorías del rasgo en psicología de la personalidad se han desarrollado utilizando, fundamentalmente:

1. Un enfoque ideográfico.
2. Una metodología cualitativa.
3. Una metodología experimental.
4. Una metodología correlacional. ✓

Las teorías del rasgo se han construido con metodología correlacional

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que la **metodología correlacional** se basa en medir, sin manipularlas, variables que diferencian a las personas, como la extraversión, la responsabilidad o la ansiedad, y en comprobar si se relacionan y en qué grado. Hace hincapié en la medición en **muestras amplias** y en las relaciones entre unos pocos elementos de la personalidad, y una de sus características es el uso del **análisis factorial**, de escalas de medida y del **concepto de rasgo** como elemento de la estructura de la personalidad (Pervin, 1996). El mismo manual sitúa a los teóricos de rasgos (Cattell, Eysenck, los Cinco Grandes) en la aproximación **nomotética**, frente a Freud, Allport o Rogers. Sánchez-Elvira añade que el método correlacional busca inferir las dimensiones comunes que justifican las diferencias individuales.

1. El enfoque idiográfico, centrado en el estudio intensivo del individuo, es el de autores como Freud, Allport o Rogers; los teóricos de rasgos están a favor de una aproximación nomotética.
2. Las teorías del rasgo se apoyan en la medición cuantitativa y en análisis estadísticos como el factorial, propios de la metodología correlacional.
3. La metodología experimental manipula variables independientes para establecer causas, y los rasgos se miden sin manipularlos.
4. Es la metodología de las teorías del rasgo, que miden variables de personalidad y analizan sus relaciones, sobre todo con el análisis factorial.

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. 3, apartado 7.2; cap. 1 (sin paginación impresa). Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 2, págs. 76-77. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 155.

EN EL ATLAS

Tema L9 · Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base) y Bermúdez 2017 (Ampliación). Bermúdez 2011 es Ampliación del tema H8 · secc. 3.

46 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina, en Psicología de la Personalidad, el enfoque que busca identificar dimensiones de personalidad que puedan ser cuantificadas y las utiliza para comparar grupos de individuos?:

1 Enfoque ideográfico.

2 Enfoque nomotético. ✓

3 Enfoque experimental.

4 Enfoque clínico.

El enfoque nomotético cuantifica dimensiones de personalidad para comparar grupos

Bermúdez recuerda que Allport popularizó los términos nomotético e idiográfico; nomotético procede de la palabra griega que significa «ley», e idiográfico remite a la manera particular de ser de cada persona. El **enfoque nomotético** busca identificar **dimensiones de personalidad** que pueden cuantificarse y las utiliza para **comparar grupos** de individuos, analizando cómo funcionan las variables en muestras amplias. Los **estudios idiográficos** estudian a una persona en profundidad, de forma integrada, para explicar su individualidad. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán añaden que los teóricos de rasgos (Cattell, Eysenck, los Cinco Grandes) están a favor de la aproximación nomotética, y Freud, Allport o Rogers, de la idiográfica.

1 El enfoque idiográfico estudia a una persona en profundidad para explicar su individualidad, sin comparar grupos.

2 Es la definición del manual.

3 La estrategia experimental manipula una variable independiente para observar su efecto en una dependiente; no se define por cuantificar dimensiones y comparar grupos.

4 El enfoque clínico, derivado de la relación con el paciente y del estudio de casos individuales, analiza a la persona en su totalidad, de forma idiográfica.

Trampa. Las opciones 1 y 4 son dos formas del estudio del individuo; solo el enfoque nomotético trabaja con dimensiones comparables entre grupos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 2, págs. 76-77 y 81. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 1 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

47 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

¿Cuál sería la definición más apropiada de talento?:

1 Una puntuación de CI situada al menos dos desviaciones típicas por encima de la media de la población.

2 Una habilidad especial muy desarrollada. ✓

3 Un altísimo nivel de creatividad.

4 Una habilidad y destreza muy superior durante el período de la infancia.

El talento es una habilidad excepcional para una actividad concreta

Colom advierte que se habla a menudo de **talento** sin comprender el término, y lo define como «una habilidad excepcional para realizar una actividad humana particular». Lo relaciona con la **capacidad**, la posibilidad de tener éxito en esa actividad, y con la **aptitud**, una característica cognitiva necesaria pero insuficiente para alcanzar logros socialmente valorados. La **superdotación** se define de otro modo, por el nivel intelectual general. Sánchez-Elvira señala que una puntuación por encima de 130 se considera a menudo el umbral de los superdotados, y Papalia y Martorell recogen el criterio tradicional de un **CI de 130 o más**. Por eso la opción 2, una habilidad especial muy desarrollada, es la que corresponde al talento.

1 Una puntuación de CI muy superior a la media es el criterio de la superdotación (CI de 130 o más).

2 Coincide con la definición del manual, una habilidad excepcional para una actividad particular.

3 La definición de talento del manual no incluye la creatividad.

4 La definición de talento no se limita a la infancia; una destreza excepcional para la edad describe más bien al niño prodigio.

Ojo. Las definiciones que distinguen superdotado, talento, genio y prodigio proceden de Andrés Pueyo (1996), Manual de psicología diferencial, McGraw-Hill, que no está en el corpus del Atlas. Con el corpus se sostienen la definición de talento (Colom) y el criterio de superdotación (Sánchez-Elvira; Papalia y Martorell). Que el genio añada al talento un nivel alto de creatividad y que el prodigio sea un niño con habilidades muy superiores a las de su edad solo consta en esa obra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 18, cuadro 18.3, pág. 592. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 229. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 287. Andrés Pueyo, A. (1996). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill (no está en el corpus del Atlas).

EN EL ATLAS

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

48 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control Revisar

Respuesta correcta: 3

Indique cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la reactancia psicológica es FALSA (Brehm):

1 La reactancia se activa cuando uno se siente libre y capaz para ejecutar una determinada conducta y percibe una amenaza a su libertad de acción.

2 La cantidad de reactancia experimentada está en función, entre otros factores, de la importancia de la conducta amenazada, de la extensión de la amenaza y de la legitimidad del agente amenazador.

3 La amenaza externa impersonal tiene más fuerza que la amenaza personal, provocando una mayor intensidad de la reactancia. ✓

4 La reactancia psicológica se puede producir también de forma "vicaria": cuando no es directamente amenazada la libertad de una persona, pero sí la de alguien próximo.

La reactancia surge cuando se amenaza una libertad que uno cree tener, y la opción falsa es la de la amenaza impersonal

Bermúdez explica que, según Brehm (1966), cuando se amenaza la libertad de una persona para realizar una conducta, esta experimenta una activación motivacional, la **reactancia**, que la lleva a intentar restaurar su libertad. La cantidad de reactancia depende de cinco **parámetros**, que son la expectativa de poseer esa libertad, la **fuerza de la amenaza**, la **importancia** de la conducta, el grado en que la amenaza afecta a otras conductas y la **legitimidad** del agente amenazador. También puede activarse cuando se observa que otra persona sufre la amenaza y, por similaridad, uno ve amenazada la suya. Las opciones 1, 2 y 4 recogen estos parámetros, de modo que la falsa es la 3, que el manual no respalda.

1 Es correcta. Solo se experimenta reactancia cuando la persona se percibe libre para realizar la conducta amenazada.

2 Es correcta. La importancia de la conducta, el número de libertades implicadas por la amenaza y la legitimidad del agente están entre los parámetros de la reactancia.

3 Es la opción falsa según la clave. Ninguno de los parámetros que recoge el manual atribuye más fuerza a una amenaza externa impersonal que a una personal.

4 Es correcta. La reactancia puede activarse cuando se observa que otra persona sufre la amenaza y, por similaridad, uno ve amenazada su libertad.

Ojo. El corpus no compara la amenaza personal con la impersonal. Se ha buscado en todo el apartado 4.1 del cap. 8 de Bermúdez (2011) y en el resto del corpus del Atlas; la clave se sostiene porque las otras tres opciones coinciden con el manual. El comentario de partida atribuye a la amenaza personal más fuerza que a la impersonal, con la misma obra como fuente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, apartado 4.1, págs. 364-367.

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

49 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

¿Cuál sería la combinación más característica de los individuos impulsivos según el modelo de Gray?:

1 Alta extraversión y alto neuroticismo (alta inestabilidad emocional). ✓

2 Alta extraversión y bajo neuroticismo (baja inestabilidad emocional).

3 Alta introversión y alto neuroticismo (alta inestabilidad emocional).

4 Alta introversión y bajo neuroticismo (baja estabilidad emocional).

Para Gray, la impulsividad nace de combinar alta extraversión y alto neuroticismo

Gray parte de las dos primeras dimensiones de Eysenck, extraversión y neuroticismo, y las gira 45°, de modo que obtiene dos dimensiones nuevas, **Ansiedad** e **Impulsividad**. Según Sánchez-Elvira, la ansiedad resulta de la confluencia del polo introversión con la inestabilidad emocional (alto neuroticismo), y la **impulsividad**, de la confluencia **extraversión-inestabilidad emocional (alto neuroticismo)**. Bermúdez lo formula del mismo modo: los altos en impulsividad son altos tanto en neuroticismo como en extraversión, y los bajos en impulsividad puntúan bajo en las dos. Las dos dimensiones de Gray son de carácter **unipolar** y descansan en sistemas distintos, el **BAS** para la impulsividad y el BIS para la ansiedad.

1 Es la confluencia que da la impulsividad en el modelo, extraversión con inestabilidad emocional, es decir, con alto neuroticismo.

2 Según Bermúdez, quien puntúa alto en extraversión y bajo en neuroticismo se caracteriza por una ansiedad baja.

3 La introversión unida al alto neuroticismo define la otra dimensión de Gray, la ansiedad.

4 Con introversión y bajo neuroticismo se obtiene una impulsividad baja, porque los bajos en impulsividad puntúan bajo en neuroticismo y en extraversión. Además, la opción glosa el bajo neuroticismo como «baja estabilidad emocional», que es lo opuesto.

Para fijarlo. Gray gira 45° los ejes de Eysenck: entre extraversión e inestabilidad queda la impulsividad, y entre introversión e inestabilidad, la ansiedad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, apdo. 3.2.4, pág. 358 (figura 7.12). Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdo. 4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

50 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

¿Qué capacidad intelectual permite evaluar, con mayor nivel de precisión, el Test Libre de Cultura de R. B. Cattell (Cattell Culture-Fair Test)?:

1 Gr (fluidez/recuerdo).

2 Gs (velocidad cognitiva).

3 Gf (inteligencia fluida). ✓

4 Gc (inteligencia cristalizada).

Los tests culturalmente imparciales de Cattell miden la inteligencia fluida

En el modelo **Gf-Gc** de Cattell y Horn, la **inteligencia fluida** presente se infiere a partir de un factor de primer orden que se mide con **tests libres de influencia cultural o culturalmente imparciales**, es decir, pruebas que evalúan la inteligencia sin que influya la cultura o el medio del que procede la persona. La inteligencia cristalizada, en cambio, se infiere de capacidades específicas como la verbal o la numérica. Fernández-Ballesteros señala que la Gf la medirían tests como el Raven y el **G de Cattell**, y Del Barrio pone el Test de Factor G de Cattell y Cattell (1959) como ejemplo de medida de la habilidad fluida; en su bibliografía, ese test figura como la adaptación española del **Culture Fair Intelligence Test**.

1 Gr es, en el modelo de Cattell, la capacidad de recuperación, uno de los cinco factores de segundo orden junto a Gf, Gc, Gv y Gs. Los tests libres de cultura se asocian a la Gf.

2 Gs es la velocidad cognitiva, otro de los factores de segundo orden del modelo.

3 Es la capacidad que, según el manual, se mide con tests culturalmente imparciales.

4 La Gc es fruto de la interacción entre la inteligencia fluida histórica y el aprendizaje adquirido mediante la educación, y por eso se infiere de capacidades como la verbal o la numérica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 248-249 (figura 5.23). Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.3, pág. 318. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5 (Forns, Evaluación de la inteligencia), pág. 183; referencias, pág. 212.

EN EL ATLAS

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

51

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes enunciados expresa correctamente la diferencia entre influencias hereditarias (h), innatas (i) y congénitas (c)?:

1. Las h se producen por mutaciones genéticas, las i se asocian los genes que proceden de los progenitores y las c se atribuyen a factores intrauterinos.
2. Las h se atribuyen a los factores intrauterinos, las i se producen por mutaciones genéticas y las c se asocian a los genes que proceden de los progenitores.
3. Las h se asocian a los genes que proceden de los progenitores, las i se atribuyen a los factores intrauterinos y las c se producen por mutaciones genéticas.
4. Las h se asocian a los genes que proceden de los progenitores, las i se producen por mutaciones genéticas y las c se atribuyen a los factores intrauterinos. ✓

Lo hereditario viene de los padres, lo innato suma las mutaciones y lo congénito, el ambiente del útero

Collado y colaboradores representan en un esquema cómo se van sumando las contribuciones genéticas y ambientales en la génesis de la conducta. Lo **hereditario** corresponde a la **contribución genética parental predecible**. Lo **innato** añade la **mutación y segregación de los genes**, que se producen desde la fertilización. Lo **congénito** incorpora lo **adquirido en el útero (ambiente prenatal)**, y lo constitucional, los efectos permanentes del ambiente postnatal. Por eso el manual concluye que factores hereditarios, innatos, congénitos y constitucionales determinan en último término la conducta. La opción 4 reparte las tres categorías tal como lo hace el esquema.

1. Atribuye a lo hereditario las mutaciones y a lo innato los genes de los progenitores, de modo que intercambia las dos primeras categorías del esquema.
2. Pone lo intrauterino en lo hereditario y los genes parentales en lo congénito, cuando en el esquema el ambiente prenatal es lo que define lo congénito.
3. Acierta con lo hereditario, pero asigna lo intrauterino a lo innato y las mutaciones a lo congénito.
4. Coincide con el esquema del manual: genes parentales, mutación y segregación, y ambiente prenatal.

Ojo. El comentario de partida remitía a Colom (2018), pero el manual de Colom del corpus no recoge esta distinción y tampoco la Base del tema; la única obra del corpus que la trae es Collado et al. (2024). El esquema es acumulativo, así que lo innato incluye también lo heredado de los padres y lo congénito incluye lo innato.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Collado Guirao, P. et al. (2024). Psicología fisiológica. UNED. Cap. 1, figura 2, pág. 13.

Tema H7 · Herencia y ambiente. Collado no es fuente de este tema.

52 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el efecto del fenómeno conocido como “restricción de rango” sobre el valor de correlación observado entre dos variables psicológicas :

1 El aumento de ese valor.

2 La disminución de ese valor. ✓

3 La desaparición de ese valor.

4 El cambio de signo de ese valor.

La restricción del rango rebaja la correlación observada

La correlación entre dos variables tiende a **aumentar con la variabilidad de la muestra**. Cuando solo se dispone de una parte del rango de puntuaciones, por ejemplo porque se ha seleccionado a los sujetos que superan un punto de corte, el grupo es más homogéneo y la correlación se resiente. Martínez Arias llama a esta reducción de la variabilidad el **problema de la restricción del rango** y concluye que con la reducción del rango o variabilidad **se reduce también en general el coeficiente de correlación** o validez. Muñiz lo ilustra con una batería de selección: si su validez se calcula solo en el grupo de los admitidos, mucho más homogéneo que el de los aspirantes, resulta notablemente rebajada.

1 El valor crece cuando aumenta la variabilidad de la muestra, y al restringir el rango la variabilidad disminuye.

2 Es el efecto que describen los dos manuales: con menos variabilidad, menor correlación.

3 La restricción reduce el coeficiente, y los manuales ofrecen fórmulas para estimar el valor que tendría en el grupo completo; en ningún caso hablan de que el valor desaparezca.

4 El fenómeno afecta a la magnitud de la correlación a través de la variabilidad del grupo; los manuales no le atribuyen un cambio de signo.

Para fijarlo. Si solo miras a los ya seleccionados, todos se parecen y la correlación se encoge.

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. 9, apdo. 2.3, págs. 265-266.

EN EL ATLAS

Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Muñiz (Base) y Martínez Arias (Ampliación).

53 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál sería la puntuación z que correspondería a un CI de 130 en la batería Wechler?:

1 +1.0.

2 +2.0. ✓

3 +3.0.

4 +4.0.

Un CI de 130 queda dos desviaciones típicas por encima de la media

Wechsler introdujo el **CI de desviación**, una puntuación típica normalizada con **media 100 y desviación típica 15**, que es la unidad que adoptan la mayoría de los tests individuales de inteligencia general. Moreno Rosset recuerda que la escala CI expresa las puntuaciones de los test con esa media y esa desviación típica. Para pasar a puntuación típica se resta la media y se divide por la desviación típica, y así (130 − 100) / 15 = **+2**. La figura de correspondencias entre escalas del mismo manual sitúa un CI de 129 en z = 1,96 y uno de 131 en z = 2,05.

1. Una puntuación típica de +1 corresponde a un CI de 115, una desviación típica por encima de la media.
2. (130 − 100) / 15 = +2.
3. Una z de +3 equivaldría a un CI de 145.
4. Una z de +4 equivaldría a un CI de 160.

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, pág. 429; cap. 4, pág. 166 (figura 4.4). Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, pág. 313.

EN EL ATLAS

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

54 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 3

¿Qué cinco características de personalidad postula el modelo de los Cinco Grandes como dimensiones básicas de personalidad?:

1 Extraversión, Surgencia, Neuroticismo, Motivación de Logro y Apertura a la Experiencia.

2 Extraversión, Exvia, Neuroticismo, Motivación de Logro y Apertura a la Experiencia.

3 Extraversión, Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad y Apertura a la Experiencia. ✓

4 Extraversión, Ansiedad, Amabilidad, Escrupulosidad y Responsabilidad.

Los Cinco Grandes son neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad

Bermúdez explica que cada teoría de rasgos trabaja con sus propias unidades. La de Eysenck considera tres factores, mientras que el **modelo de los Cinco Grandes** incluye **neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, afabilidad y responsabilidad o tesón**. En la edición de 2017 del mismo texto la afabilidad aparece como **amabilidad**, que es el nombre que usa la opción 3. Los términos ajenos que aparecen en los distractores proceden del modelo de **Cattell**: la surgencia es el polo de uno de sus factores primarios (desurgencia-surgencia), y la exvia-invia y la ansiedad son dos de sus factores de segundo orden.

1 La surgencia es el polo de un factor primario de Cattell y la motivación de logro no figura entre las cinco dimensiones; faltan además la amabilidad y la responsabilidad.

2 Exvia es un factor de segundo orden de Cattell, equivalente a la extraversión de Eysenck, y la motivación de logro tampoco es una de las cinco.

3 Son las cinco dimensiones del modelo.

4 Omite el neuroticismo y la apertura a la experiencia, y la ansiedad aparece en Cattell como factor de segundo orden.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, pág. 51. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 2, apdo. 4, y cap. 4, apdo. 3 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

55 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

El “test del dibujo del árbol” es una técnica proyectiva:

1 Estructural.

2 Temática.

3 Expresiva. ✓

4 Constructiva.

El dibujo del árbol es una técnica proyectiva expresiva

Fernández-Ballesteros clasifica las técnicas proyectivas en cinco grupos. Las **expresivas** se basan en una **consigna verbal o escrita de dibujar una o varias figuras**, y entre sus ejemplos da el dibujo de la figura humana, el de la familia y el **del árbol**. Moreno Rosset adapta esa clasificación en su figura 11.1 y coloca el **Test del árbol** entre las expresivas, junto al test del dibujo de dos figuras humanas, el de la persona bajo la lluvia o el HTP de Buck (casa, árbol y persona).

1. Las estructurales presentan un material visual de escasa estructuración que el sujeto debe estructurar diciendo lo que ve, como el Rorschach.
2. En las temáticas el sujeto narra una historia a partir de un material visual, como en el TAT.
3. Dibujar una figura a partir de una consigna es lo que define a las expresivas.
4. En las constructivas el sujeto organiza un material concreto según distintas consignas, como en el test del pueblo.

> **Trampa.** La clasificación de Fernández-Ballesteros sale cuatro veces en esta convocatoria (preguntas 55, 63, 68 y 69).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

56 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 2

Cuando el coeficiente de fiabilidad de un test se calcula en una muestra muy homogénea de sujetos su valor:

1 Aumenta.

2 Disminuye. ✓

3 Se iguala al coeficiente de validez.

4 Es independiente de la homogeneidad de la muestra.

En una muestra muy homogénea el coeficiente de fiabilidad baja

Muñiz advierte que la fiabilidad de un test depende también del tipo de muestra en que se calcula. Como el coeficiente de fiabilidad se define como la **correlación entre dos formas paralelas**, y la correlación aumenta con la variabilidad del grupo, **al aumentar la variabilidad de la muestra aumenta el coeficiente de fiabilidad**. Barbero, Vila y Holgado lo dicen en el sentido inverso: el coeficiente es **menor cuanto más homogéneo** sea el grupo, es decir, cuanto más pequeña sea la desviación típica de las puntuaciones empíricas. Por eso un test **no tiene un coeficiente de fiabilidad fijo**, y la variabilidad de la muestra es un dato imprescindible para interpretarlo.

1. El coeficiente aumenta con la variabilidad de la muestra, y una muestra homogénea tiene poca.
2. Con menos variabilidad, la fiabilidad estimada es menor.
3. La homogeneidad rebaja tanto la fiabilidad como la validez, porque las dos son correlaciones, pero eso no hace que sus valores coincidan.
4. Según Barbero, Vila y Holgado, un test puede presentar tantos coeficientes de fiabilidad como muestras distintas en las que se calcule.

Para fijarlo. Mide a personas muy parecidas y el test parecerá menos fiable de lo que es.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, apdo. 6.1, págs. 33-34.
Barbero García, M. I., Vila Abad, E. y Holgado Tello, F. P. (2015). Psicometría. Sanz y Torres. Tema 4, apdo. 7.2, pág. 173.

EN EL ATLAS

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

57 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

Al proceso de desarrollar una conversión del sistema de unidades de un test al sistema de unidades de otro se denomina:

1 Calibración.

2 Equiparación. ✓

3 Baremación.

4 Sustitución.

Convertir las unidades de un test en las de otro es equiparar sus puntuaciones

Muñiz define la **equivalencia o equiparación de puntuaciones** (equating) como el establecimiento de una correspondencia entre las puntuaciones de dos o más test, de modo que sea indiferente cuál se aplique. Recoge además la definición de **Angoff (1982a)**, que el enunciado reproduce casi palabra por palabra: es el proceso de **desarrollar una conversión del sistema de unidades de un test al sistema de unidades de otro**, para que las puntuaciones de ambos sean equivalentes o intercambiables. Barbero, Vila y Holgado añaden que, para equiparar dos tests, deben medir el mismo constructo y hacerlo con la misma fiabilidad.

1 En Muñiz la calibración es el proceso por el que la TRI estima los parámetros de los ítems de un test o de un banco; para conectar las métricas de dos calibraciones remite a la equiparación.

2 Es el término y la definición de Angoff que recoge el manual.

3 Muñiz llama baremo al conjunto formado por las puntuaciones directas en el test y las correspondientes transformadas, todas de un mismo test.

4 Muñiz emplea el término sustitución para el error de sustitución, la diferencia entre las puntuaciones en un test y en otro paralelo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 6, pág. 183; cap. 5, pág. 180; cap. 2, pág. 33; cap. 7, págs. 241 y 244. Barbero García, M. I., Vila Abad, E. y Holgado Tello, F. P. (2015). Psicometría. Sanz y Torres. Tema 9, apdo. 4, pág. 461.

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

58 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis Revisar

Respuesta correcta: 3

¿Qué evalúa el test de carga de agua en la enuresis funcional?:

1 Capacidad funcional media de la vejiga.

2 Capacidad funcional mínima de la vejiga.

3 Capacidad funcional máxima de la vejiga. ✓

4 Capacidad funcional residual de la vejiga.

El test de carga de agua estima la capacidad funcional máxima de la vejiga

La descripción del test procede de Mayor y Labrador (1991), obra que no está en el corpus. Allí se distinguen dos indicadores de la cantidad de orina que almacena la vejiga, la capacidad máxima y la capacidad media, y el **test de carga de agua** se usa para medir la **capacidad máxima**: el niño bebe una cantidad proporcional a su peso y se registra la mayor cantidad evacuada en las dos micciones posteriores. En el corpus, Carrasco Ortiz incluye entre las medidas del registro de la enuresis el **volumen miccional máximo o capacidad vesical funcional**, el máximo volumen de orina evacuado en una única micción, y Vallejo y Rodríguez definen la **capacidad funcional de la vejiga** como la cantidad de orina expulsada en cada vaciado.

1. La capacidad media es el otro indicador que se distingue, pero no es la que se obtiene con este test.
2. Las medidas del registro que recoge Carrasco Ortiz son volúmenes máximos, diurnos o nocturnos, y entre ellas no figura una capacidad mínima.
3. Es la medida que se atribuye al test, y coincide con el volumen miccional máximo que describe Carrasco Ortiz.
4. La capacidad residual no es ninguno de los dos indicadores que se distinguen; el test registra la orina evacuada tras la ingesta de agua.

Ojo. El test de carga de agua solo aparece en Mayor y Labrador (1991), que no está en el corpus ni en el resto del archivo; por eso la pregunta queda como dudosa. Vallejo y Rodríguez (pág. 442) añaden que la relación entre enuresis y baja capacidad funcional no se ha podido confirmar y que parece más bien una consecuencia de la enuresis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Mayor, J. y Labrador, F. J. (1991). Manual de modificación de conducta. Alhambra Universidad. Pág. 643 (no está en el corpus). 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. 14, pág. 280. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 442.

EN EL ATLAS

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

59 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

¿Qué mide el Test de "emparejamiento de figuras conocidas" de Caims y Cammock en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad?:

1 Reflexibilidad-impulsividad. ✓

2 Inatención.

3 Incontrolabilidad motora.

4 Vigilancia.

El MFF-20 mide el estilo reflexividad-impulsividad

Kagan identificó un estilo de proceder ante tareas de incertidumbre: los individuos **impulsivos** responden rápido y cometen muchos errores, y los **reflexivos** se detienen a analizar la situación y cometen pocos. Sánchez-Elvira señala que el test más utilizado para evaluar esta dimensión es el **Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT)**, en el que el sujeto elige entre varias figuras la que se ajusta exactamente a una de referencia, y del que se obtienen dos índices, la rapidez de respuesta y el número de errores. En el TDAH, Servera y colaboradores proponen el **MFF20 de Cairns y Cammock (1978)** para evaluar la impulsividad, aunque advierten que mide una **impulsividad cognitiva** que no parece equiparable a la impulsividad social de los niños hiperactivos.

1 Es la dimensión que evalúa el test, con sus dos índices de rapidez y errores.

2 Los manuales ligan el test a la dimensión reflexividad-impulsividad, que es un estilo cognitivo.

3 La incontrolabilidad motora remite a la sobreactividad, y el MFF mide cómo se responde ante tareas con incertidumbre de respuesta.

4 La vigilancia no es uno de los índices del test, que registra la rapidez de respuesta y el número de errores.

Ojo. Servera y colaboradores advierten que el rendimiento de los niños hiperactivos en el MFF se asemeja más a un patrón «lento-inexacto» que a un patrón impulsivo, y que clínicamente el MFF20 tiene una utilidad limitada (Caballo y Simón, cap. 14, págs. 403 y 417).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, pág. 452. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 14 (Servera et al., Hiperactividad infantil), págs. 403 y 417.

EN EL ATLAS

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

60 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B25 · Trastornos del aprendizaje

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de las siguientes pruebas evalúa las habilidades previas a la lectura:

1 Batería de procesos lectores (PROLEC).

2 Test de análisis de la lectura y la escritura (TALE).

3 Test Reversal. ✓

4 Exploración de las dificultades individuales de la lectura (EDIL).

El Test Reversal diagnostica la madurez para empezar a leer

Del Barrio agrupa las pruebas de lectura en cuatro bloques: habilidades previas a la lectura, lectura, comprensión lectora y escritura. Entre las **pruebas de las habilidades previas a la lectura** sitúa el **Test Reversal** de Edfeldt, que parte de considerar la percepción como elemento primero y básico del proceso lector y evalúa la percepción espacial en función de las dimensiones derecha-izquierda. Su objetivo es **diagnosticar la madurez lectora** y, por tanto, el **momento oportuno para comenzar el aprendizaje de la lectura**. La tarea consiste en tachar las figuras que no son idénticas en 84 pares.

1 El PROLEC evalúa los procesos implicados en la lectura (identificación de letras, léxicos, sintácticos y semánticos), y el manual lo coloca entre las pruebas de lectura.

2 El TALE se elaboró para determinar los niveles de lectura y escritura de niños de 6 a 9 años, y figura entre las pruebas de lectura y escritura.

3 Es la prueba de madurez lectora del apartado de habilidades previas.

4 El EDIL pretende una evaluación analítico-cualitativa de la lectura para establecer programas de recuperación individualizados, y aparece entre las pruebas de lectura.

Ojo. La Base del tema B25 (Belloch 2008, vol. II, cap. 21) no describe estas pruebas; en el corpus solo las recoge Del Barrio, con la información de 2002.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 4 (Del Barrio, Evaluación del lenguaje), apdo. 5.3, págs. 158-163.

EN EL ATLAS

Tema B25 · Trastornos del aprendizaje. Del Barrio no es fuente de este tema.

61

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Qué escala del WISC-V se considera “secundaria”?:

1 No verbal. ✓

2 Comprensión verbal.

3 Visoespacial.

4 Razonamiento fluido.

En el WISC-V el índice no verbal pertenece a las escalas secundarias

Moreno Rosset explica que las versiones recientes de las escalas de Wechsler han incorporado la teoría CHC y que el WISC-V y el WPPSI-IV tienen un **nuevo nivel de interpretación**, el de los **índices secundarios**, además de cinco índices primarios. Según la tabla 12.3, el **WISC-V** ofrece el CI total, los **índices de las escalas primarias** (comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y los **índices de las escalas secundarias**: razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, **no verbal**, capacidad general y comprensión cognitiva.

1 Es uno de los cinco índices de las escalas secundarias del WISC-V.

2 Comprensión verbal es uno de los cinco índices primarios.

3 Visoespacial es otro índice primario.

4 Razonamiento fluido también es un índice primario del WISC-V.

Ojo. La tabla 12.3 llama al último índice secundario del WISC-V «de comprensión cognitiva (ICC)»; en el WPPSI-IV la misma tabla lo llama «de competencia cognitiva». Se respeta la denominación del manual en cada escala.

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, págs. 436-437 (tabla 12.3).

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 27

62 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo Anulada

Anulada

¿Qué afirmación es correcta respecto de la Escala Bayley de Desarrollo Infantil (BSID)?:

1 Es aplicable a niños de hasta 3 años y medio.

2 Entre otros aspectos, será necesaria la observación y juicio cualitativo del observador.

3 No contempla el desarrollo psicomotriz.

4 El tiempo de aplicación no debe sobrepasar los 45 min.

Dos opciones sobre las escalas Bayley tienen apoyo en el manual, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El comentario de partida daba por buenas las opciones 1 y 2. En el corpus, Moreno Rosset describe las **Bayley-III** como aplicables de **1 a 42 meses (0:1 a 3:6 años)**, con un tiempo de aplicación de **30 a 90 minutos**. Incluyen una escala cognitiva, una **escala motora** (motricidad fina y gruesa), una escala de lenguaje y un **inventario de observación conductual** que recoge los comportamientos observados por el examinador y por los padres o cuidadores. Con esos datos, la opción 1 coincide con la edad de aplicación y la opción 2 alude a la observación que forma parte de la prueba.

1 Las Bayley-III se aplican de 1 a 42 meses, es decir, hasta los 3 años y medio.

2 La prueba incluye un inventario de observación conductual con los comportamientos observados por el examinador y por los padres.

3 Contempla el desarrollo psicomotor mediante una escala motora de motricidad fina y gruesa.

4 El manual da un tiempo de aplicación de 30 a 90 minutos.

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, pág. 431 (tabla de test de evaluación del desarrollo).

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 38

63 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿Qué tarea debe realizar una niña a la que se le administra el test de Apercepción Temática?:

1 Narrar una historia. ✓

2 Asociar una respuesta a un estímulo.

3 Organizar el material dado sobre la base de distintas consignas.

4 Dibujar una figura.

En el TAT la tarea consiste en narrar una historia

En la clasificación de Fernández-Ballesteros, las técnicas **temáticas** presentan un **material visual con distintos grados de estructuración formal**, de contenido humano o parahumano, y la tarea consiste en **narrar una historia**; el ejemplo que da el manual es el **Test de Apercepción Temática**. Moreno Rosset lo recoge en su figura 11.1, donde las temáticas se definen porque a partir de la presentación visual de la lámina se ha de **narrar una historia completa**, y el TAT de Murray encabeza el grupo.

1 Es la tarea de las técnicas temáticas, a las que pertenece el TAT.

2 Asociar o completar verbalmente palabras, frases o cuentos es la tarea de las asociativas, como las frases incompletas o las fábulas de Düss.

3 Organizar un material concreto según distintas consignas define a las constructivas, como el test del pueblo.

4 Dibujar una figura es la consigna de las expresivas.

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

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

64

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 2

¿Qué afirmación es correcta con respecto de la aplicación del método sociométrico de las nominaciones en un aula?:

1. No se indaga el porqué de las nominaciones.
2. Se obtienen los indicadores de elecciones y de rechazos. ✓
3. Se pide a los alumnos que puntúen a cada compañero en una escala de cinco puntos.
4. Las nominaciones se analizan en función de los atributos interpersonales y no por el número de nominaciones.

Las nominaciones sociométricas dan índices de elecciones y de rechazos

Díaz-Aguado y Martínez Arias describen el **método de las nominaciones** como pedir al sujeto que nombre a los niños de su grupo, normalmente tres, que más le gustan para realizar una actividad y a los que menos, **explicando el porqué**. El procedimiento ofrece dos indicadores básicos: las **elecciones**, o número de veces que el niño recibe nominaciones positivas, y los **rechazos**, o número de veces que recibe nominaciones negativas. Con ellos se construyen puntuaciones compuestas como la **preferencia social** (nominaciones positivas menos negativas) y el impacto social (su suma).

1. El método pide expresamente que el sujeto explique el porqué, y esas respuestas ayudan a entender los motivos de las elecciones y los rechazos.
2. Son los dos indicadores básicos del método.
3. Pedir a los alumnos que puntúen a sus compañeros corresponde al método de las puntuaciones de escala o rating, que el manual presenta como un procedimiento distinto.
4. Nominar a compañeros según atributos conductuales o psicológicos es el método de la asociación de los atributos perceptivos, que se propone como complemento de las nominaciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 7 (Díaz-Aguado y Martínez Arias, La evaluación del desarrollo social), apdo. 3.4.1, págs. 291-293.

EN EL ATLAS

Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Del Barrio no es fuente de este tema.

65 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

En referencia a las técnicas de registro que podemos utilizar en la observación ¿qué caracteriza a las escalas de apreciación?:

1 Son técnicas de registro en las que los evaluadores realizan descripciones de lo observado, sin existir estructuración previa para la recogida de datos.

2 Son técnicas que se usan para cuantificar, cualificar o clasificar las actividades de un sujeto según especificas definiciones conductuales, dimensiones o atributos de personalidad que se han establecido previamente. ✓

3 Sirven para evaluar las interacciones entre ambiente social y conducta, o las relaciones funcionales (antecedentes y consecuentes) que se producen en la interacción de dos o más sujetos.

4 Son procedimientos de observación de conductas específicas situadas en unas coordenadas espacio-temporales, con el objetivo de analizar las relaciones entre conducta y ambiente.

Las escalas de apreciación cuantifican la actividad del sujeto según definiciones previas

Fernández-Ballesteros ordena las técnicas de registro observacional según su grado de estructuración. Las **escalas de apreciación**, o de estimación, se basan en técnicas escalares y se utilizan cuando se pretende la **cuantificación, calificación o clasificación de las actividades de un sujeto** según **específicas definiciones conductuales, dimensiones o atributos de personalidad previamente establecidos**. El observador valora, en unidades como la frecuencia o la intensidad, en qué medida una descripción es aplicable al sujeto, y suele hacerlo después de haberlo observado durante periodos amplios de tiempo.

1 Describe los registros narrativos, en los que no existe estructuración previa que dirija la recogida de datos.

2 Es la definición del manual.

3 Constatar las relaciones funcionales antecedente-respuesta o respuesta-consecuente en la interacción de dos o más sujetos es propio de las matrices de interacción.

4 Observar conductas específicas situadas en unas coordenadas espacio-temporales para analizar su relación con el ambiente define los mapas de conducta, también llamados formato de campo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 3, págs. 201-206.

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

66

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta respecto de las escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (MSCA):

1. Nos permiten obtener un Índice General Intelectual a partir de la puntuación de tres de sus escalas.
2. Son útiles para evaluar niños con retraso intelectual.
3. Constan de tres subescalas: una de procesamiento mental simultáneo, procesamiento mental sucesivo y conocimientos académicos. ✓
4. Se originaron para la evaluación de niños muy pequeños y con dificultades de aprendizaje.

Procesamiento simultáneo, sucesivo y conocimientos son las escalas del K-ABC

Las **Escalas McCarthy (MSCA)** constan de **18 tests independientes agrupados en seis escalas**: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, **general cognitiva**, memoria y motricidad. La escala general cognitiva tiene como componentes las tres primeras. La ficha del apéndice de Fernández-Ballesteros indica que pretenden evaluar el desarrollo intelectual general y aptitudinal de **niños con y sin retraso**, en edades lo más tempranas posible. La organización en **procesamiento simultáneo, procesamiento sucesivo y conocimientos** pertenece al **K-ABC** de Kaufman, como recoge el cuadro 9.2 del mismo manual, así que la opción 3 es la afirmación falsa.

1. Es cierta: la escala general cognitiva se obtiene con las escalas verbal, perceptivo-manipulativa y numérica.
2. Es cierta: las escalas se pensaron para niños con y sin retraso, desde una perspectiva clínica y educativa.
3. Es la afirmación falsa, porque esas tres escalas son las del K-ABC.
4. La ficha del apéndice las presenta como un instrumento para evaluar a los niños en edades lo más tempranas posible, entre los dos años y medio y los ocho y medio, con el fin de intervenir cuanto antes.

Ojo. Las fuentes no cuentan igual las escalas: Fernández-Ballesteros habla de seis (incluida la general cognitiva) y Del Barrio de cinco más un índice cognitivo general (cap. 5, pág. 193). Ninguna dice con esas palabras que las McCarthy se originaran para niños con dificultades de aprendizaje, aunque Del Barrio señala que son más útiles para identificar a sujetos con dificultades cognoscitivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2, ficha 2.3 (MSCA), págs. 1-2; cap. 9, cuadro 9.2, págs. 314-315. Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5 (Forns, Evaluación de la inteligencia), pág. 193.

EN EL ATLAS

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

67 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tests de inteligencia NO posee un componente verbal y se considera con escaso peso de contenidos culturales o conocimientos?:

1 El OTIS Sencillo (OS).

2 El Test de Matrices Progresivas de Raven. ✓

3 El K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children) de Kaufman.

4 El IG-2 (Inteligencia General Nivel 2).

Las Matrices de Raven miden la inteligencia general sin carga verbal

Fernández-Ballesteros presenta las **Matrices Progresivas de Raven** como una medida de **factor g** entendida como razonamiento fluido, con unas mínimas instrucciones verbales. Tradicionalmente se integraban entre los **tests libres de influencia cultural**, y desde sus inicios se han considerado con un **escaso peso cultural**, aunque su adaptación a distintas poblaciones muestra que el nivel cultural influye en la puntuación. Su objetivo es medir el razonamiento abstracto, la Gf, una **inteligencia general sin carga verbal**, y el cuadro 9.4 lo resume como inteligencia general no verbal y razonamiento analógico.

1 El cuadro 9.4 presenta el Otis Sencillo como test de inteligencia general en sujetos de bajo nivel cultural, y Moreno Rosset lo incluye entre los tests de inteligencia verbales.

2 Es el test no verbal y de escaso peso cultural que describe el enunciado.

3 El K-ABC incluye una escala de conocimientos que el manual considera próxima a la inteligencia cristalizada.

4 Moreno Rosset sitúa el IG-2 entre los tests de inteligencia verbales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 315-316 y 318-319 (cuadro 9.4). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 445.

EN EL ATLAS

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

68 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son las técnicas proyectivas en las que el sujeto debe narrar una historia ante un material visual con distintos tipos de estructuración?:

1 Las técnicas expresivas.

2 Las técnicas constructivas.

3 Las técnicas asociativas.

4 Las técnicas temáticas. ✓

Narrar una historia ante láminas define a las técnicas temáticas

Fernández-Ballesteros reconoce que las clasificaciones de las técnicas proyectivas no van más allá de una simple ordenación de un material diverso, y adopta la suya de 1980, que distingue cinco grupos según lo que el sujeto hace con el material. En las **temáticas** se presenta un **material visual con distintos grados de estructuración formal** de contenido humano o parahumano, y la tarea es **narrar una historia**, como en el **Test de Apercepción Temática**. Moreno Rosset adopta la misma división en su figura 11.1 y define las temáticas porque, a partir de la presentación visual de la lámina, se ha de narrar una historia completa.

1 Las expresivas parten de una consigna verbal o escrita de dibujar una o varias figuras.

2 Las constructivas piden organizar un material concreto en función de distintas consignas.

3 Las asociativas piden asociar o completar verbalmente palabras, frases o cuentos.

4 Es la definición de las técnicas temáticas.

TIPOS DE TÉCNICAS PROYECTIVAS SEGÚN FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (1980)

Tipo	Qué presenta o pide	Ejemplo del manual
Estructurales	Material visual de escasa estructuración que el sujeto debe estructurar diciendo lo que ve, o a lo que se puede parecerse	El psicodiagnóstico Rorschach
Temáticas	Material visual con distintos grados de estructuración formal de contenido humano o parahumano cuya tarea es narrar una historia	El Test de Apercepción Temática
Expresivas	Consigna verbal o escrita de dibujar una/s figura/s	Dibujo de la figura humana, de la familia, del árbol, etc.
Constructivas	Material concreto que el sujeto debe organizar en función de distintas consignas	Test del pueblo
Asociativas	Consigna verbal o escrita por la que el sujeto ha de asociar o completar verbalmente palabras, frases o cuentos	Frases incompletas, fábulas de Düss

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 8, apdo. 5.1, págs. 293-294

Para fijarlo. Un verbo para cada tipo: estructurar, narrar, dibujar, construir y asociar.

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

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

69 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

El Test del Pueblo es una técnica de evaluación proyectiva:

1 Constructiva. ✓

2 Temática.

3 Asociativa.

4 Expresiva.

El test del pueblo es una técnica proyectiva constructiva

En la clasificación de Fernández-Ballesteros, las técnicas **constructivas** ofrecen un **material concreto que el sujeto debe organizar en función de distintas consignas**, y el ejemplo del manual es el **test del pueblo**. Moreno Rosset lo confirma en su figura 11.1, donde el test del pueblo encabeza las constructivas junto al juego del mundo, el test de la aldea imaginaria de Mucchielli y la caja de juego diagnóstico-terapéutico de Efron. La misma figura incluye entre las **expresivas** un test de la casa y el pueblo, que se resuelve dibujando y que conviene no confundir con el de la pregunta.

1. Es el ejemplo de técnica constructiva que da el manual.
2. Las temáticas consisten en narrar una historia a partir de láminas, como el TAT.
3. Las asociativas piden asociar o completar verbalmente palabras, frases o cuentos.
4. Las expresivas piden dibujar una o varias figuras; Moreno Rosset coloca entre ellas el test de la casa y el pueblo, que es un dibujo.

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

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

70

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 4

Las fases del registro de las respuestas psicofisiológicas son (por orden):

1 Amplificación-Detección-Conversión-Transformación-Registro.

2 Detección-Amplificación-Transformación-Conversión-Registro.

3 Detección-Amplificación-Transformación-Registro-Conversión.

4 Detección-Transformación-Amplificación-Registro-Conversión. ✓

El registro psicofisiológico va de la detección a la conversión de la señal

Fernández-Ballesteros describe cinco fases en el registro de las respuestas fisiológicas: **detección** de la señal proveniente del organismo, **transformación** de esa señal en señales eléctricas, **amplificación** de dichas señales, **registro** propiamente dicho y **conversión** de la señal registrada para que pueda analizarse. Los sensores captan la actividad del organismo, el aparato la transforma si es necesario y la amplifica hasta que pueda registrarse, y por último la señal se convierte en forma gráfica o digital, o se envía a un ordenador para su almacenamiento y análisis. Es la secuencia de la opción 4.

1 Empieza por la amplificación, y la primera fase es la detección de la señal.

2 Invierte transformación y amplificación y pone la conversión antes del registro, cuando en el manual la conversión es la última fase, la que permite analizar lo registrado.

3 Invierte transformación y amplificación, porque la señal se transforma en eléctrica antes de amplificarse.

4 Es el orden del manual.

Ojo. Moreno Rosset, Base del tema, describe otra secuencia para obtener los índices fisiológicos: captación, amplificación y filtrado, registro o adquisición de datos, reducción de datos y análisis, e interpretación de la señal (cap. 8, pág. 290). La pregunta sigue las cinco fases de Fernández-Ballesteros.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 4.1, págs. 285-287 (figura 8.2). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, apdo. 3.1, pág. 290.

EN EL ATLAS

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

71 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo Revisar

Respuesta correcta: 4

El test IG-2 (Inteligencia General Nivel 2) mide la inteligencia:

1 En personas intelectualmente superdotadas, preferentemente.

2 En niños con capacidad media-alta preferentemente.

3 Fluida.

4 Cristalizada. ✓

El IG-2, un test verbal, mide la inteligencia cristalizada

Moreno Rosset, al repasar las pruebas clásicas para evaluar la inteligencia mediante test de factor g que recogen Moreno y Orjales (2005), separa los **tests de inteligencia verbales** (Otis, **IG-2** y EFAI) de los **no verbales** (dominós D-48 y D-70, TIG-1 y 2, naipes G y test Beta). Fernández-Ballesteros recuerda que, según Cattell, la **inteligencia cristalizada** se refleja en tareas que requieren **conocimientos adquiridos con anterioridad**, como la aritmética o el vocabulario, y parece estar determinada por **influencias culturales**, mientras que la fluida la medirían tests como el Raven o el G de Cattell. Un test verbal como el IG-2 queda, por tanto, del lado de la Gc. El dato explícito de que mide la inteligencia cristalizada procede de Moreno Rosset (2005), edición que no está en el corpus.

1 La única mención del IG-2 en el corpus lo sitúa entre los tests verbales de factor g, sin destinarlo a personas superdotadas.

2 Esa misma mención no lo reserva a niños de capacidad media-alta.

3 La inteligencia fluida la miden tests no verbales como el Raven o el G de Cattell, y Moreno Rosset clasifica el IG-2 entre los verbales.

4 Es la clave, coherente con su inclusión entre los tests verbales.

Ojo. Ninguna obra del corpus dice con estas palabras qué mide el IG-2 ni a qué población se dirige, así que la clave se deduce de su inclusión entre los tests verbales. El comentario de partida remite a Moreno Rosset (2005), pág. 610, que no está en el corpus, para el dato de que mide la inteligencia cristalizada y se dirige preferentemente a sujetos de nivel medio-bajo.

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, pág. 445. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.3, pág. 318. Moreno Rosset, C. (ed.) (2005). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 610 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

72 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 3

Una puntuación “eneatipo” en un test requiere la transformación:

1 De las puntuaciones en una escala que va del 1 al 99 con una media igual a 50.

2 De las puntuaciones en una escala que va del 1 al 99 con una desviación típica igual a 10.

3 De las puntuaciones en una escala que va del 1 al 9 con una desviación típica igual a 2. ✓

4 De las puntuaciones en una escala que va del 1 al 9 con una desviación típica igual a 5.

Los eneatipos van del 1 al 9 con media 5 y desviación típica 2

Muñiz explica que a partir de las puntuaciones típicas normalizadas pueden obtenerse puntuaciones **derivadas normalizadas**, y que una de ellas son los **estaninos o eneatipos**. Su nombre procede de standard nine, porque el rango total de las puntuaciones se divide en **nueve intervalos** y a cada uno se le asigna un número **del 1 al 9**. En realidad es una escala derivada de **media 5 y desviación típica 2**, de modo que eneatipos = 5 + 2(Zn). El manual la considera poco recomendable porque se pierde mucha información, y su única ventaja es que la entienden con facilidad los no expertos. Moreno Rosset da la misma media y la misma desviación típica.

1 Los eneatipos solo tienen nueve valores, del 1 al 9.

2 Una escala de 1 a 99 no corresponde a los eneatipos, y la desviación típica de 10 es la de las puntuaciones T, de media 50.

3 Es la escala que describen los manuales.

4 El rango es correcto, pero la desviación típica de los eneatipos es 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 5, pág. 179. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 166.

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

73 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 3

En la evaluación psicológica, la "objetividad del registro", en el sentido de que diferentes evaluadores obtengan resultados semejantes, hace referencia:

1 A la validez externa del test.

2 A la validez interna del test.

3 A la fiabilidad del test. ✓

4 A la consistencia interna del test.

Que distintos evaluadores obtengan resultados semejantes es una evidencia de fiabilidad

Fernández-Ballesteros distingue tres tipos de evidencias de **fiabilidad**: las relacionadas con la **estabilidad temporal** de la medida, las de la **consistencia interna u homogeneidad** de la prueba y las de la **objetividad del registro**, en el sentido de que diferentes evaluadores, ya sean observadores, entrevistadores o puntuadores, obtengan semejantes resultados. Las puntuaciones que varios jueces recogen sobre un mismo sujeto están sometidas a errores, y la objetividad representa una medida de fiabilidad de esas puntuaciones que se contrasta con procedimientos como el **coeficiente kappa**, el coeficiente de concordancia o los coeficientes intraclase. Muñiz trata estos mismos índices dentro de la fiabilidad interjueces.

1 El manual sitúa el acuerdo entre evaluadores entre las tres evidencias de fiabilidad, y la validez externa no es una de ellas.

2 Tampoco la validez interna figura entre esas evidencias.

3 Es la tercera evidencia de fiabilidad que distingue el manual.

4 La consistencia interna es otra evidencia de fiabilidad, que exige que los ítems de la prueba sean equivalentes.

Trampa. La opción 4 también nombra una evidencia de fiabilidad, pero se refiere a la equivalencia de los ítems, mientras que el enunciado habla del acuerdo entre evaluadores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 4.1, págs. 133-134. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, pág. 85.

EN EL ATLAS: Tema L20 · Fiabilidad de los tests. Se estudia con Muñiz (Base).

74 MARCO PROFESIONAL

G7 · Ética en la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 3

Los principios de “adecuación” y “consentimiento con conocimiento” forman parte del código ético que debe respetar el evaluador y están, concretamente, destinados a:

1 La competencia y el rigor científico de su actuación.

2 Crear un ambiente distendido en la consulta.

3 Evitar incurrir en un exceso de intromisión en la vida privada del evaluado. ✓

4 Fomentar la validez de los instrumentos utilizados.

La adecuación y el consentimiento con conocimiento evitan la intromisión en la vida privada del evaluado

Carrasco Ortiz y colaboradores resumen las áreas de contenido ético que el evaluador debe considerar. Una de ellas es la **invasión de la personalidad**: el rol de autoridad que confiere al psicólogo la relación con su cliente le da una mayor capacidad de influir en el otro y de obtener información personal, privada e íntima. **Con objeto de no incurrir en un exceso de intromisión en la vida privada** de la persona, la evaluación debe regirse por los principios de **adecuación**, que consiste en evaluar e informar de forma pertinente y ajustada a los motivos y finalidades de la exploración, y de **consentimiento con conocimiento**. Pastor y del Río incluyen también el respeto por la intimidad del evaluado entre los compromisos éticos de toda evaluación.

1 La competencia y el rigor científico son otra área ética, referida a la acreditada formación y experiencia del psicólogo en el área en que ejerce.

2 Crear un ambiente distendido no figura entre las áreas de contenido ético que enumera el manual.

3 Es la finalidad que el manual atribuye a esos dos principios.

4 La utilización de instrumentos empíricamente contrastados es una temática ética aparte, y los principios del enunciado protegen la intimidad del evaluado.

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. 3.3, pág. 12. Pastor Morales, J. M. y del Río Sánchez, C. (2018). Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría. Pirámide. Cap. 8, pág. 131.

EN EL ATLAS

Tema G7 · Ética en la evaluación psicológica. Se estudia con Pastor (Base).

75 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

La Escala de Funcionamiento Cognitivo Global (DRS):

1 No resulta de utilidad para evaluar trastornos neurocognitivos, debido a que contiene más de 50 ítems.

2 Incluye la medida del nivel de respuestas de activación psicofisiológica.

3 Permite identificar el delirio y distinguirlo de los trastornos neurocognitivos. ✓

4 No es apta para la detección de déficits fronto-subcorticales.

La DRS sirve para identificar el delirium y distinguirlo de los trastornos neurocognitivos

Carrasco Ortiz recoge dos escalas basadas en los criterios del DSM-IV-TR para evaluar la gravedad del **delirium**, al que llama delirio: la Escala de Confusión (CRS) y la **Escala de Funcionamiento Cognitivo Global (DRS) de Mattis (1988)**. De la DRS dice que tiene buena validez para detectar el deterioro cognitivo leve y que está diseñada como herramienta esencial para **identificar el delirio y diferenciarlo de los trastornos neurocognitivos**, además de ser útil para medir y cuantificar su severidad. Según la tabla 12.3 del capítulo, es una **escala de 10 ítems** que valora **déficits fronto-subcorticales** en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

1 La tabla del manual la describe como una escala de 10 ítems y le atribuye buena validez para detectar el deterioro cognitivo leve.

2 Sus dimensiones son el inicio temporal de las alteraciones perceptivas, el comportamiento, el sueño, el humor, la cognición y la severidad de la enfermedad; la activación psicofisiológica no figura entre ellas.

3 Es la función que el manual atribuye a la escala.

4 La tabla indica que valora déficits fronto-subcorticales en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

Ojo. Las fuentes no describen igual la escala de Mattis. Carrasco Ortiz la presenta como escala de delirium de 10 ítems, mientras que Belloch (vol. II, cap. 17, pág. 534), Base del tema, cita la escala de demencia de Mattis (DRS-2) como instrumento para detectar la enfermedad de Alzheimer leve y el deterioro cognitivo leve.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Capítulo «Evaluación de los trastornos neurocognitivos» (López Torrecillas y Ramírez Uclés), apdo. 2.1.2, pág. 239 (tabla 12.3). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 534.

EN EL ATLAS

Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Carrasco Ortiz no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 1

La entrevista para el diagnóstico del autismo (ADI-R):

1. Es una entrevista estructurada. ✓
2. Es una entrevista centrada en la interacción social.
3. Es factible utilizarla desde el primer año de vida.
4. No requiere evaluación previa del CI.

Carrasco Ortiz define el ADI-R como una entrevista estructurada que exige una edad mental de dos años

Carrasco Ortiz presenta la **Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (ADI-R)** del grupo de Rutter como una **entrevista estructurada** de 93 cuestiones que sirve para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista en general y que permite aplicar los criterios diagnósticos del DSM. Tiene tres campos de evaluación, **lenguaje, interacción social y conducta estereotipada**, y su aplicación necesita mucha preparación del evaluador. No es posible usarla por debajo de una **edad mental de 2 años**, lo que indica que ha de hacerse una **evaluación previa del CI**. Su duración oscila entre una y tres horas, y puede repartirse en varias sesiones.

1. Es como la define Carrasco Ortiz.
2. Evalúa tres campos, lenguaje, interacción social y conducta estereotipada.
3. No puede usarse por debajo de una edad mental de 2 años, y el manual indica que está pensada para usarse entre los 4 y los 5 años.
4. Como no puede usarse por debajo de una edad mental de 2 años, el manual indica que ha de hacerse una evaluación previa del CI.

Ojo. Belloch (vol. II, cap. 15, págs. 482 y 484), Base del tema, describe el ADI-R como una entrevista semiestructurada que se realiza a la familia o al cuidador. Con la terminología de la Base, la opción 1 resultaría discutible; la clave sigue a Carrasco Ortiz.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Capítulo «Evaluación de los trastornos del neurodesarrollo», apdo. 4.1, págs. 45-46. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 482 y 484.

EN EL ATLAS
Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Carrasco Ortiz no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

77 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

La dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras se denomina:

1 Disartria.

2 Aprosodia.

3 Corpolalia.

4 Dislalia. ✓

La dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras es la dislalia

Belloch define la **dislalia** como la **dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras**. Se habla de dislalia **funcional** cuando se debe a la falta de habilidad del niño para pronunciar correctamente, y de dislalia **orgánica**, también llamada disglosia, cuando es consecuencia de malformaciones como el labio leporino o la fisura palatina. La **disartria**, en cambio, es la dificultad de la articulación y expresión del habla debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación, consecuencia de lesiones del sistema nervioso central o periférico. En España, la dislalia es el trastorno del habla más frecuente en los niños.

1 La disartria se debe a trastornos del tono y del movimiento de los músculos de la articulación causados por lesiones del sistema nervioso.

2 La aprosodia es la incapacidad para la entonación, la musicalidad, la inflexión y la cadencia del habla.

3 «Corpolalia» parece una errata por coprolalia, la emisión involuntaria de palabras obscenas o insultantes.

4 Es la definición del manual.

Trampa. La misma definición se preguntó dos veces en esta convocatoria (77 y 88), con la dislalia frente a disartria, aprosodia, disfasia, anartria o dislexia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 293-294. 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. 2.5.1, pág. 100.

EN EL ATLAS

Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

78 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 3

La logoclonía se refiere a:

1 La incapacidad para la entonación y musicalidad.

2 Realizar tics fónicos complejos de carácter soez.

3 Una repetición espasmódica de una sílaba en medio o al final de una palabra. ✓

4 La dificultad para realizar una frase con reglas gramaticales correctas.

La logoclonía es la repetición espasmódica de una sílaba en medio o al final de una palabra

Caballo y colaboradores incluyen entre las alteraciones del lenguaje asociadas a las **demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales** la **logoclonía**, **repetición espasmódica y distónica de una sílaba en medio o al final de una palabra**, y la palilalia, la repetición espontánea e involuntaria de sílabas, palabras o frases en el propio discurso. En el mismo apartado definen la **aprosodia** como la incapacidad para la entonación, musicalidad, inflexión y cadencia del habla, la **coprolalia** como la emisión involuntaria de palabras o frases obscenas e insultantes, y el **agramatismo** como la dificultad para unir secuencias de palabras sintácticamente correctas. Cada distractor corresponde a uno de estos términos.

1 Describe la aprosodia, la incapacidad para la entonación y la musicalidad del habla.

2 Las expresiones soeces remiten a la coprolalia, la emisión involuntaria de palabras obscenas o insultantes que no se dirigen a otra persona con intención de agraviar.

3 Es la definición de logoclonía.

4 La dificultad para construir frases con las reglas gramaticales es el agramatismo.

Ojo. La Base del tema (Belloch 2020, vol. I) no define la logoclonía; entre las fuentes del tema la define Caballo et al. (2024).

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. 2.5.1, pág. 100. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 239.

EN EL ATLAS

Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Caballo (Consulta).

79 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

Una mujer que cree que los periódicos contienen información encriptada que sólo ella conoce porque alguien importante le está mandando un mensaje desde Japón, se trata de una idea delirante:

1 Persecutoria.

2 Metacognitiva.

3 De referencia. ✓

4 De grandeza.

Creer que el periódico trae un mensaje dirigido a uno es un delirio de referencia

Belloch describe 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. La mujer del enunciado atribuye a los periódicos un mensaje cifrado dirigido solo a ella, que es el núcleo de este tipo de delirio. El manual añade que los delirios de persecución son el segundo síntoma más frecuente de la esquizofrenia, por detrás de los de referencia.

1 En los delirios de persecución el tema central es la convicción de que los demás le están haciendo o quieren hacerle daño de forma intencional, y la mujer no expresa esa amenaza.

2 «Metacognitiva» no figura entre los contenidos temáticos de los delirios que recoge el manual en su tabla 8.6.

3 La mujer interpreta que una señal del ambiente se dirige a ella con un significado particular.

4 En los delirios de grandeza la persona cree tener habilidades, riqueza o fama excepcionales, y la mujer no se atribuye nada de eso.

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. 256 (tabla 8.6) y 258-260. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (introducción), pág. 101.

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

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es característica de un "delirium"?:

1 Es un trastorno del contenido del pensamiento.

2 Algunos autores lo consideran un síntoma primario de esquizofrenia.

3 Se suele acompañar de desorientación, respuestas emocionales intensas y alucinaciones. ✓

4 Puede presentarse en personas sanas en situaciones de fatiga extrema.

El delirium suele acompañarse de desorientación, alteraciones emocionales y alucinaciones

La característica esencial del **delirium** es una alteración de la **atención** o de la conciencia que aparece en poco tiempo, fluctúa y se acompaña de un cambio cognitivo, como la **desorientación**, sobre todo en tiempo y espacio. Las alteraciones de la percepción pueden ser malinterpretaciones, ilusiones o **alucinaciones**, típicamente visuales. El DSM-5 añade que la persona puede presentar **alteraciones emocionales** como ansiedad, temor, depresión, irritabilidad, enfado, euforia o apatía, con cambios rápidos de un estado a otro. El diagnóstico exige pruebas de que la alteración es consecuencia de una afección médica, una sustancia o una toxina.

1 El trastorno del contenido del pensamiento es el delirio; el delirium es una alteración de la atención, la conciencia y la cognición.

2 La opción confunde el delirium con el delirio. El DSM-5 trata el delirium como un cuadro de causa médica, tóxica o por sustancias que debe distinguirse de la esquizofrenia y de los demás trastornos psicóticos.

3 Recoge tres de sus características: la desorientación, las alteraciones emocionales y las alucinaciones.

4 El criterio E exige pruebas de que la alteración es consecuencia de una afección médica, de una intoxicación o abstinencia de sustancias o de una toxina; la fatiga de una persona sana no basta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Delirium, págs. 596 y 599-601. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, pág. 91.

EN EL ATLAS Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 135, PIR 2024 · n.º 207

81 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

Una mujer nos informa de lo siguiente “Sé que suena muy raro y que no era real, pero después de la muerte de mi marido, durante algún tiempo, seguía oyendo sus silbidos por la casa”. ¿Qué alteración podría estar describiendo?:

1 El fenómeno del doble.

2 Una ilusión de Sosias.

3 Una experiencia de desrealización.

4 Una pseudoalucinación. ✓

Oír al cónyuge fallecido sabiendo que no es real es una pseudoalucinación

Belloch explica que las **pseudoalucinaciones** están a medio camino entre las imágenes normales y las alucinaciones: la persona reconoce que son subjetivas, pero las experimenta con toda claridad y viveza. Su nota más característica es la **ausencia de la convicción de realidad**. Pueden experimentarlas personas sanas en momentos de crisis; por ejemplo, una persona que ha **enviudado** puede «oír» la voz de su pareja fallecida o sus pasos. Estas experiencias se han descrito como **alucinaciones de viudedad**, pero en realidad se trata de pseudoalucinaciones (Sims, 1988), porque quien las sufre no las considera reales, como la mujer del enunciado.

1 En la autoscopia, o fenómeno del doble, el paciente se ve a sí mismo y sabe que es él.

2 En el síndrome de Capgras, o delirio de Sosias, el paciente cree que una persona importante en su vida ha sido suplantada por un impostor con su misma apariencia.

3 En la desrealización la persona siente cambio, extrañeza o irrealidad respecto al entorno, sin ninguna distorsión perceptiva.

4 Es el ejemplo de pseudoalucinación que da el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 164-165; cap. 7, pág. 217; cap. 5, pág. 137.

EN EL ATLAS

Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema A6 · Memoria.

82 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Un paciente diagnosticado de esquizofrenia experimenta una sensación molesta en la rodilla derecha cada vez que oye el canto de un pájaro, y está convencido de que dicho sonido es la causa del dolor que siente ¿De qué tipo de alucinación se trata?:

1 Alucinación refleja. ✓

2 Alucinación extracampina.

3 Alucinación negativa.

4 Autoscopia.

Sentir dolor cada vez que canta un pájaro es una alucinación refleja

Belloch describe la **alucinación refleja** como una variedad mórbida de la sinestesia en la que un **estímulo perteneciente a un campo sensorial** activa la aparición de una **alucinación en otra modalidad sensorial diferente**. Los ejemplos del manual se parecen mucho al del enunciado: un paciente siente dolor cuando otra persona estornuda y está convencido de que es el estornudo el que se lo causa, y otra paciente siente en el estómago las punzadas que daban sobre el papel las notas que tomaba su médico. El estímulo real se percibe correctamente, y la alucinación aparece en una modalidad distinta.

1 Un estímulo auditivo real desencadena una sensación alucinatoria en el cuerpo, que es otra modalidad sensorial.

2 Las alucinaciones extracampinas se experimentan fuera del campo visual o auditivo, como ver a alguien sentado detrás cuando se mira de frente.

3 En la alucinación negativa el sujeto no percibe algo que sí existe y está al alcance de sus sentidos.

4 En la autoscopia el paciente se ve a sí mismo y sabe que es él.

Trampa. La alucinación funcional se le parece, porque también la desencadena un estímulo real, pero en ella el estímulo y la alucinación se perciben en la misma modalidad sensorial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 158 (tabla 6.3) y 164-165.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 150

83

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

El engaño perceptivo en el que un estímulo externo que produjo la percepción inicial ya no se halla presente, se denomina:

1 Hipoalgesia.

2 Pareidolia.

3 Sinestesia.

4 Imagen eidética. ✓

La imagen eidética persiste cuando el estímulo que la produjo ya no está

Belloch define el **engaño perceptivo** como una experiencia perceptiva nueva que suele convivir con las percepciones normales y que, o bien no se fundamenta en estímulos realmente existentes, o bien **se mantiene o se activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente**, como ocurre con las **imágenes eidéticas**, las parásitas y las consecutivas. Las eidéticas son un tipo especial de **imagen mnésica**, una especie de «recordar sensorial» que consiste en representaciones exactas, o casi, de impresiones sensoriales. Las otras tres opciones figuran entre las **distorsiones perceptivas** en la clasificación del manual (tabla 6.1).

1 La hipoalgesia es una distorsión de la intensidad de los estímulos, referida a la percepción del dolor.

2 La pareidolia es una ilusión en la que se da forma y significado a un estímulo ambiguo que está presente.

3 La sinestesia es una integración perceptiva anómala en la que un estímulo de una modalidad produce una sensación en otra.

4 Es un engaño perceptivo que se mantiene sin el estímulo original.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 150 (tabla 6.1), 152-153, 155 y 158.

EN EL ATLAS

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

84 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 2

Con relación a las pseudoalucinaciones, señale la opción correcta:

1 Suelen darse en las modalidades olfativas y táctil.

2 Se acompañan de ausencia de la convicción de realidad por parte de la persona. ✓

3 Son imágenes mentales poco claras o con poca viveza.

4 No suelen estar asociadas a estados hipnagógicos e hipnopómpicos.

En las pseudoalucinaciones falta la convicción de realidad

Según Belloch, las **pseudoalucinaciones** se producen normalmente en las **modalidades auditiva y visual** y se suelen asociar a **estados hipnagógicos e hipnopómpicos**, trance, fatiga, privación sensorial y uso de drogas, es decir, a situaciones en las que disminuye la claridad de la conciencia o el estado normal de vigilia. Su nota más característica es la **ausencia de la convicción de realidad** por parte de la persona, que las describe como visiones o imaginaciones. Jaspers las consideraba imágenes mentales que, aunque **claras y vívidas**, no poseen la sustancialidad de las percepciones auténticas y se localizan en el espacio subjetivo interno.

1 Se producen normalmente en las modalidades auditiva y visual.

2 Es su nota más característica según el manual.

3 Jaspers las describe como imágenes claras y vívidas, aunque sin la sustancialidad de las percepciones.

4 Se suelen asociar a estados hipnagógicos e hipnopómpicos.

Ojo. El manual recoge críticas al concepto: Hare (1973) lo considera superfluo, y Van der Zwaard y Polak (2001) proponen sustituirlo por términos que atiendan a la fenomenología de cada experiencia (tabla 6.7).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 165-166.

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

85 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

En la alucinosis alcohólica se producen alucinaciones:

1 Gustativas y no visuales.

2 Visuales y no auditivas.

3 Auditivas, más elaboradas que las producidas en la depresión mayor.

4 Auditivas, pero menos elaboradas que en la esquizofrenia. ✓

En la alucinosis alcohólica las voces son menos elaboradas que en la esquizofrenia

Belloch explica que las alucinaciones auditivas pueden aparecer en algunos estados orgánicos agudos como la **alucinosis alcohólica**. Lo que se describe en estos casos son **sonidos pobremente estructurados** e incluso inconexos, es decir, **alucinaciones elementales** que con frecuencia se viven como desagradables o amenazantes, y a veces fonemas o frases breves que dan órdenes al paciente en segunda persona. Estas alucinaciones imperativas son habitualmente **menos elaboradas o complejas que las que se producen en la esquizofrenia o en la depresión mayor**. La tabla 6.4 marca la modalidad auditiva como frecuente en la alucinosis alcohólica, y la visual y la táctil como infrecuentes.

1 La tabla del manual no marca las gustativas en la alucinosis alcohólica, y sí las visuales, aunque como infrecuentes.

2 La modalidad propia de la alucinosis alcohólica es la auditiva, y las visuales son infrecuentes.

3 Son auditivas, pero el manual dice que son menos elaboradas que las de la depresión mayor.

4 Coincide con el manual: auditivas y menos elaboradas que en la esquizofrenia.

Para fijarlo. Cuanto menos formadas son las alucinaciones, más probable es una causa física, y la alucinosis alcohólica es el ejemplo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 159-160 (tabla 6.4) y 167.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 152

86 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 1

La “aprosexia” es un término utilizado para designar:

1 El grado más intenso de distraibilidad y la ausencia completa de atención. ✓

2 La inestabilidad atencional.

3 La incapacidad para adquirir nueva información prosémica.

4 La dificultad para utilizar las relaciones gramaticales y sus reglas.

La aprosexia es la ausencia total de atención

Belloch recoge que, desde la psicopatología clásica, las alteraciones atencionales se han ubicado en un continuo cuantitativo. En él, la **aprosexia** implica una **reducción máxima de la disposición atencional**, es decir, una **ausencia total de atención**, como ocurriría en el coma; a veces se usa como sinónimo de inatención. La **distraibilidad**, en cambio, podría definirse como **inestabilidad atencional** y se manifiesta cuando la persona tiene dificultades para prestar atención a un estímulo, aspecto, tema o vivencia. Caballo y colaboradores sitúan también la aprosexia en el extremo del continuo, como reducción máxima de la disposición atencional o ausencia total de atención.

1 Coincide con la definición de los manuales, que la presentan como ausencia total de atención.

2 La inestabilidad atencional define la distraibilidad.

3 La opción juega con el parecido de las palabras, pero la aprosexia es una alteración de la atención.

4 La dificultad para utilizar las relaciones gramaticales y sus reglas corresponde al agramatismo, una alteración del lenguaje.

Ojo. Ni Belloch 2020 ni Caballo 2024 describen la aprosexia como el grado más intenso de distraibilidad; la clave se sostiene por la segunda parte de la opción, la ausencia completa de atención.

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. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, pág. 94.

EN EL ATLAS

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

87 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

La dismegalopsia es un tipo de ilusión perceptiva en la que:

1 Se organiza y se da significado un estímulo ambiguo y poco organizado.

2 Se siente la presencia de otros objetos perceptivos (especialmente otras personas).

3 Se ve alterada la percepción de la forma y el tamaño de los objetos. ✓

4 Está alterada la integración de la información proveniente de sentidos diferentes.

Las dismegalopsias alteran la percepción del tamaño de los objetos

Belloch agrupa bajo el término general de **metamorfopsia** las distorsiones en la percepción visual de la **forma** (dismorfopsias) y del **tamaño** (dismegalopsias) de los objetos. Dentro de las **dismegalopsias** distingue las **micropsias** y las **macropsias**, en las que los objetos reales se perciben, respectivamente, a escala reducida o aumentada; cuando la distorsión afecta a partes del propio cuerpo se habla de auto-metamorfopsias. La persona suele ser consciente de las anomalías que está experimentando. De las cuatro opciones, la 3 es la única que describe una alteración del tamaño o de la forma.

1 Dar estructura y significado a un estímulo ambiguo y poco estructurado es la pareidolia, una modalidad de ilusión.

2 Sentir que hay alguien presente aunque no se le pueda oír ni ver es la sensación de presencia, otra ilusión.

3 Es la distorsión del tamaño, a la que la opción añade la de la forma.

4 La alteración de la integración de información de sentidos distintos corresponde a la sinestesia y a la aglutinación o escisión perceptivas.

Ojo. En sentido estricto, la dismegalopsia afecta al tamaño y la dismorfopsia a la forma; la opción 3 menciona las dos, que es lo que abarca el término general metamorfopsia. La clave se sostiene porque ninguna otra opción describe una distorsión del tamaño ni de la forma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 150-153 y 165.

EN EL ATLAS

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

88 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina la alteración en el lenguaje caracterizada por una dificultad para articular fonemas, sílabas y palabras?:

1 Disfasia.

2 Anartia.

3 Dislalia. ✓

4 Dislexia.

La dislalia es la dificultad para articular fonemas, sílabas y palabras

La pregunta repite la definición de la 77. Belloch define la **dislalia** como la **dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras**, y distingue la funcional, por falta de habilidad para pronunciar, de la orgánica o disglosia, por malformaciones de los órganos periféricos del habla. La **disfasia** afecta al lenguaje, y en la adquirida pueden alterarse tanto la comprensión como la expresión. La **dislexia** figura entre los trastornos del aprendizaje. La **anartria** es el distractor más cercano, pero Collado la describe como una alteración por lesiones subcorticales en la que los pacientes **no pueden articular** los sonidos del habla, aunque conservan la comprensión.

1. La disfasia afecta al lenguaje, con alteraciones de la comprensión y de la expresión.
2. En la anartria los pacientes no pueden articular los sonidos del habla a causa de lesiones subcorticales, una incapacidad de origen neurológico.
3. Es la definición de dislalia.
4. Belloch cita la dislexia entre los trastornos del aprendizaje, junto a la disgrafía, la disortografía y la discalculia.

Ojo. La anartria no aparece en la Base del tema. Collado (cap. 6, pág. 299) la describe, a partir de Pierre Marie, como imposibilidad de articular los sonidos del habla con la comprensión conservada, lo que la acerca al enunciado; la diferencia está en que la dislalia es una dificultad, a menudo funcional, y la anartria, una incapacidad por lesión cerebral.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 290 y 293-294. Collado Guirao, P. et al. (2024). Psicología fisiológica. UNED. Cap. 6, pág. 299.

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

89 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿En qué consiste el delirio de paramentos?:

1 Creencia de que personas, animales, materiales, radiación, sonidos o gases pueden pasar a través de una estructura que normalmente constituiría una barrera para tal paso. ✓

2 Creencia de que los acontecimientos, objetos o personas próximas del ambiente del sujeto tienen un sentido particular y no usual.

3 Convicción de que el sujeto es atacado, acosado, engañado, perseguido o víctima de una conspiración.

4 Convicción de que el sujeto ha perdido o perderá todas o casi todas sus posesiones materiales.

En el delirio de paramentos las paredes se vuelven permeables a los influjos dañinos

Vallejo Ruiloba describe el **delirio de paramentos** en el capítulo dedicado a la psiquiatría en el anciano, al tratar los cuadros con fenómenos delirantes y alucinaciones que aparecen a partir de los 60 años. En sus formas más típicas, el paciente se queja de estar bajo el escrutinio hostil de los vecinos, que emplean **aparatos productores de ruidos, rayos o gases** para molestarle. El delirio de paramentos **alude a la permeabilidad de las paredes, suelos, techos y puertas a los influjos dañinos**, y a veces los vecinos pueden entrar libremente en la casa para mover o robar objetos. El manual lo considera quizá la característica más típica de los delirios crónicos de los ancianos.

1 Es la idea de permeabilidad de paredes, suelos, techos y puertas que define este delirio.

2 Atribuir a los acontecimientos u objetos del ambiente un sentido particular y no usual es propio de los delirios de referencia o de alusión.

3 La convicción de que los demás le hacen o quieren hacerle daño de forma intencional define los delirios de persecución.

4 Perder las posesiones materiales corresponde al tema delirante de pobreza, que Belloch recoge entre los contenidos posibles de un delirio.

Ojo. Ni la Base ni la Ampliación del tema (Belloch 2020 y el cap. 45 de Vallejo Ruiloba) recogen el delirio de paramentos; en el corpus aparece en el cap. 38 de Vallejo Ruiloba (2011), cuya edición digital no tiene paginación impresa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 38 (Urretavizcaya, Psiquiatría en el anciano), edición digital sin paginación impresa. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 250 y 258-260.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 3

La ludopatía se encuadra en el epígrafe:

1. Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado (DSM 5).
2. Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) (CIE-10).
3. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (CIE-10). ✓
4. Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado (DSM 5).

La CIE-10 clasificaba la ludopatía entre los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

La CIE-10 incluía el **juego patológico (ludopatía)**, hoy trastorno por juego, con el código F63.0, en los **trastornos de los hábitos y del control de los impulsos**, junto a la conducta incendiaria patológica, la cleptomanía y la tricotilomanía. El DSM-IV también lo situaba entre los trastornos del control de los impulsos. El DSM-5 lo trasladó al capítulo de **trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**, en un apartado propio de **trastornos no relacionados con sustancias**, porque el juego activa los sistemas de recompensa de forma semejante a las drogas.

1. En el DSM-5 el juego dejó los trastornos del control de los impulsos y pasó al capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
2. En la CIE-10 el juego patológico tenía el código F63.0, dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, y no figuraba en el apartado del trastorno obsesivo-compulsivo.
3. Es su ubicación en la CIE-10.
4. En el DSM-5 el juego tiene un diagnóstico propio entre los trastornos no relacionados con sustancias, distinto de las categorías de otras sustancias o sustancias desconocidas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Panamericana. Págs. 12 y 171. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, págs. 481 y 585-586.

EN EL ATLAS Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 202, PIR 2023 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 148

Respuesta correcta: 4

¿En cuál de los siguientes trastornos los síntomas son generados deliberadamente por el paciente?:

1 Trastorno de conversión.

2 Trastorno de síntomas somáticos.

3 Trastorno de ansiedad por enfermedad.

4 Trastorno facticio. ✓

Solo en el trastorno facticio los síntomas se generan de forma deliberada

La característica esencial del **trastorno facticio** es la **falsificación** de signos o síntomas físicos o psicológicos, o la inducción de lesión o enfermedad, asociada a un **engaño identificado** (criterio A). El diagnóstico exige demostrar que la persona realiza acciones subrepticias para simular o causar la enfermedad. En el resto de los trastornos del capítulo los síntomas no son fingidos. El DSM-5-TR lo dice expresamente del trastorno de síntomas somáticos, cuyos síntomas no son ni simulados ni autoinducidos, y del **trastorno de síntomas neurológicos funcionales**, que cursa con síntomas genuinos no producidos intencionadamente.

1. El trastorno de conversión, hoy trastorno de síntomas neurológicos funcionales, cursa con síntomas genuinos que no se producen intencionadamente.
2. En el trastorno de síntomas somáticos la persona sufre realmente sus quejas, y no hay evidencia de que proporcione información falsa.
3. En el trastorno de ansiedad por enfermedad lo central es la preocupación por padecer una enfermedad grave, con síntomas somáticos ausentes o leves.
4. Es el único de los cuatro definido por la falsificación deliberada de síntomas.

¿HAY FALSIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS? DIFERENCIALES DEL DSM-5-TR

Trastorno	Qué dice el DSM-5-TR
Trastorno facticio	Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado
Simulación	Carácter intencional de los síntomas para obtener beneficios personales (p. ej., dinero, tiempo fuera del trabajo)
Trastorno de síntomas neurológicos funcionales	Cursa con síntomas genuinos que no se producen intencionadamente (es decir, no fingidos)
Trastorno de síntomas somáticos	Los síntomas no son ni simulados ni autoinducidos
Trastorno de ansiedad por enfermedad	No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastornos de síntomas somáticos y relacionados, págs. 356, 357, 364, 367 y 369

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno facticio, págs. 324-326; trastorno de conversión, pág. 321; trastorno de síntomas somáticos, pág. 311; trastorno de ansiedad por enfermedad, pág. 315.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 37, PIR 2019 · n.º 126, PIR 2021 · n.º 103, PIR 2022 · n.º 25

92 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 2

En la tartamudez, cuando el espasmo se produce al iniciar el discurso, asociado a un bloqueo intenso que el sujeto vence por la fuerza, hablamos de:

1 Disfemia clónica.

2 Disfemia tónica. ✓

3 Tartamudez secundaria.

4 Taquifemia.

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

Belloch describe tres formas de **tartamudez o disfemia** según los tipos de espasmos o bloqueos. En la **disfemia tónica** el **espasmo se produce al iniciar el discurso**; es un **bloqueo intenso que el sujeto vence con apuro**, y momentos después ya puede expresarse. El espasmo tónico se manifiesta por contracciones de duración variable que determinan cierta rigidez. En la **disfemia clónica**, en cambio, pequeños espasmos o contracciones musculares provocan la **repetición** de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase. Cuando la tartamudez es severa, las dos formas pueden aparecer juntas, y se habla entonces de disfemia mixta.

1 En la disfemia clónica los pequeños espasmos provocan la repetición de fonemas o sílabas.

2 Es la descripción de la disfemia tónica.

3 La tartamudez secundaria es la última de las fases que describe Van Riper, cuando el sujeto ha ido tomando conciencia del problema y aparecen las conductas de evitación.

4 La taquifemia o farfulleo es la rapidez excesiva de las palabras con omisión de sílabas o sonidos y articulación imprecisa, y el manual pide no confundirla con la disfemia.

Ojo. Belloch 2020 dice que el sujeto vence el bloqueo «con apuro», y el enunciado habla de vencerlo por la fuerza; la descripción es la misma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 294 y 297-298.

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

93 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Para el diagnóstico del mutismo selectivo (DSM 5) ¿qué duración de la alteración se establece?:

1 Típicamente, seis o más meses.

2 Al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

3 Mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela). ✓

4 Mínimo de tres meses (no limitada al ámbito escolar o laboral).

El mutismo selectivo exige al menos un mes, sin contar solo el primer mes de escuela

El **criterio C** del **mutismo selectivo** fija una duración mínima de **un mes**, que **no puede limitarse al primer mes de escuela**. La salvedad existe porque, al empezar el curso, muchos niños están vergonzosos y reacios a hablar, como ya explicaba el DSM-IV. Es una duración más corta que la de la mayoría de los trastornos de ansiedad, que suelen pedir unos 6 meses. La introducción del capítulo recuerda que en los niños la duración puede ser más corta, como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo.

1 Los 6 meses o más típicos son la duración de la fobia específica, el trastorno de ansiedad social o la agorafobia.

2 Es el criterio B del trastorno de ansiedad por separación.

3 Es el criterio C del mutismo selectivo.

4 Ningún trastorno del capítulo fija tres meses, y la salvedad del mutismo se refiere al primer mes de escuela.

DURACIÓN EXIGIDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEL DSM-5

Trastorno	Duración
Trastorno de ansiedad por separación	Al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos
Mutismo selectivo	Como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela)
Fobia específica	Típicamente seis o más meses
Trastorno de ansiedad social	Típicamente seis o más meses
Trastorno de pánico	Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos del criterio B
Agorafobia	Típicamente seis o más meses
Trastorno de ansiedad generalizada	Un mínimo de seis meses

Fuente: APA (2014), DSM-5, Trastornos de ansiedad, págs. 191, 195, 197, 203, 208, 218 y 222

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de ansiedad, págs. 189, 191, 195, 197, 203, 208, 218 y 222. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Mutismo selectivo, pág. 120.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 138, PIR 2023 · n.º 81, PIR 2021 · n.º 97, PIR 2016 · n.º 193, PIR 2019 · n.º 110

94 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

El síndrome amnésico se caracteriza por:

1 No tener una etiología orgánica.

2 La pérdida de recuerdos autobiográficos, sin tener afectada la memoria anterógrada.

3 No tener afectada la memoria operativa. ✓

4 Graves deficiencias en CI.

El amnésico puro conserva la memoria operativa

Belloch reserva la denominación de **síndrome amnésico** para los casos en que **una lesión cerebral produce un déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros intelectuales**. El amnésico puro mantiene intacta su capacidad intelectual, en términos de CI, no tiene problemas de lenguaje, percepción ni atención, y conserva las destrezas adquiridas antes de la lesión. Lo característico es una gran dificultad para retener información nueva, es decir, **amnesia anterógrada**, acompañada o no de amnesia retrógrada. El paciente es capaz de mantener una conversación, lo que indica que su **memoria operativa funciona con normalidad**, aunque unos minutos después no será capaz de recordar ese episodio.

1 El manual reserva el término para los casos causados por una lesión cerebral, de etiología orgánica.

2 El corazón del síndrome es la amnesia anterógrada, la dificultad para retener información nueva.

3 Mantener una conversación indica que la memoria operativa funciona con normalidad.

4 El amnésico puro mantiene intacta su capacidad intelectual medida con el CI.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 199-200.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 82

95 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes trastornos psicológicos está incluido entre los que causan una mayor discapacidad a nivel mundial?:

1 Ezquizofrenia.

2 Demencia.

3 Trastornos de ansiedad.

4 Depresión mayor (unipolar). ✓

La depresión está entre las principales causas de discapacidad en el mundo

Belloch propone cuantificar el impacto de la depresión con el **DALY**, el año de vida ajustado por la discapacidad, que puede entenderse como un año perdido de vida sana. Evaluado de este modo, el impacto de los trastornos mentales resulta extraordinario, porque supera al de **todos los cánceres combinados** o incluso al de las infecciones por VIH. En el caso de la **depresión**, el manual la sitúa **entre las tres causas mundiales de más discapacidad**, junto con los **dolores de espalda y de cabeza** (James et al., 2018).

1. Cuando el manual nombra las tres causas mundiales de más discapacidad, la esquizofrenia no está entre ellas.
2. La demencia tampoco figura entre esas tres causas.
3. Los trastornos de ansiedad no aparecen entre esas tres causas.
4. Es la que cita el manual, junto con los dolores de espalda y de cabeza.

Ojo. El dato cambia entre ediciones. Belloch 2008 (vol. II, cap. 10, pág. 256) situaba la depresión unipolar como la causa principal de años vividos con discapacidad en el mundo, y la edición de 2020 (vol. II, cap. 6, pág. 211) la coloca entre las tres primeras causas de discapacidad. La clave vale con las dos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 211. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 256.

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

96 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos

Respuesta correcta: 1

La medicina psicosomática nació bajo la influencia de la escuela:

1 Psicodinámica. ✓

2 Conductista.

3 Gestáltica.

4 Cognitiva.

La medicina psicosomática nació bajo el dominio de la teoría psicodinámica

Amigo distingue dos momentos en la evolución de la **medicina psicosomática** (Lipowski, 1986). El primero, entre 1935 y 1960, se caracteriza por la **notable influencia del psicoanálisis**: la disciplina se centró en la etiología y la patogénesis de la enfermedad física desde una **perspectiva abiertamente psicodinámica**, y uno de sus representantes más relevantes fue **Alexander** (1950). A partir de 1965 se abandonan progresivamente las formulaciones psicoanalíticas. Belloch lo resume en términos parecidos: en la primera fase del desarrollo de la psicosomática la **teoría psicodinámica** ejerce un dominio preponderante, con F. Alexander y su teoría de los conflictos específicos inconscientes.

1 Es la escuela que dominó la primera fase de la medicina psicosomática.

2 Los manuales atribuyen la primera etapa al psicoanálisis, y la orientación cambia a partir de 1965 con la búsqueda de técnicas terapéuticas eficaces.

3 La Gestalt no figura entre las orientaciones que los manuales asocian al nacimiento de la psicosomática.

4 Junto a la psicodinámica, Belloch menciona como orientaciones paralelas la homeostática de Cannon y el síndrome general de adaptación de Selye; la psicología cognitiva no aparece en ese relato.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, apdo. 2.1.1 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 320.

EN EL ATLAS: Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. Se estudia con Amigo (Base) y Belloch 2008 (Ampliación).

97 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

El diagnóstico del trastorno del insomnio se debe basar principalmente en (DSM 5):

1. La percepción subjetiva de la persona sobre el sueño o en la información de un cuidador. ✓
2. El resultado de una polisomnografía nocturna.
3. Los datos de actigrafía.
4. El resultado de un test de latencias múltiples de sueño.

El insomnio se diagnostica por la percepción subjetiva del sueño

La dificultad para conciliar o mantener el sueño puede cuantificarse con el autoinforme retrospectivo, los diarios de sueño, la actigrafía o la polisomnografía. Aun así, el DSM-5 aclara que **el diagnóstico del trastorno de insomnio se basa en la percepción subjetiva de la persona sobre el sueño o en la información de un cuidador**. El DSM-5-TR lo repite y añade que la **polisomnografía** tiene un valor limitado en la evaluación rutinaria del insomnio, aunque puede ayudar en el diagnóstico diferencial de los **adultos mayores**.

1. Es literal del DSM-5.
2. La polisomnografía puede cuantificar el sueño, pero tiene un valor limitado en la evaluación rutinaria del insomnio.
3. La actigrafía es otro método para cuantificar el sueño, no la base del diagnóstico.
4. La prueba de latencias múltiples mide la somnolencia diurna y es la que confirma la narcolepsia; los sujetos con insomnio no suelen mostrar en ella más sueño diurno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de insomnio, págs. 363 y 365-366.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 67, PIR 2023 · n.º 142

98 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

En el síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (DSM 5) en adultos, cada apnea o hipopnea representa una reducción en la respiración de al menos:

1 3 segundos de duración.

2 5 segundos de duración.

3 8 segundos de duración.

4 10 segundos de duración. ✓

Cada apnea o hipopnea dura al menos 10 segundos en el adulto

El DSM-5 define la apnea e hipopnea obstructiva del sueño por episodios repetidos de **obstrucción de las vías aéreas altas** durante el sueño. Cada apnea o hipopnea representa una reducción de la respiración de **al menos 10 segundos** en los adultos, o de **dos respiraciones perdidas en los niños**, y suele asociarse a descensos de la saturación de oxígeno del 3 % o más y a despertares electroencefalográficos. La apnea es la ausencia total de flujo aéreo y la hipopnea, su reducción. El DSM-5-TR conserva la misma definición.

1 La cifra del manual es de al menos 10 segundos.

2 La cifra del manual es de al menos 10 segundos. Cinco es el número mínimo de apneas o hipopneas por hora que exige el criterio A1.

3 La cifra del manual es de al menos 10 segundos.

4 Es la duración que da el DSM-5 para los adultos.

Para fijarlo. Diez segundos sin aire por apnea; cinco apneas por hora con síntomas o quince sin ellos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Apnea e hipopnea obstructiva del sueño, pág. 379.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 234, PIR 2020 · n.º 57, PIR 2017 · n.º 72

99 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

En los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración, la polisomnografía nocturna puede mostrar:

1 Aumento de la fase 1 del sueño y aumento de la fase REM y de las fases de ondas lentas.

2 Disminución de la fase 1 del sueño y aumento de la fase REM y de las fases de ondas lentas.

3 Aumento de la fase 1 del sueño y disminución de la fase REM y de las fases de ondas lentas. ✓

4 Ausencia de las fases 1 y 2 del sueño y disminución de la fase REM y de las fases de ondas lentas.

En la apnea del sueño la polisomnografía muestra más fase 1 y menos sueño REM y profundo

Belloch explica que en la apnea e hipopnea obstructiva del sueño las paradas respiratorias provocan que la persona **se despierte para tomar aire**, y esos despertares **fragmentan el sueño** e **impiden que se alcancen las fases de sueño más profundas**, por lo que el sueño no es reparador. La edición de 2008 detalla la secuencia: el incremento de la activación que termina con cada episodio apneico provoca una severa fragmentación del sueño, que **se limita a las fases I y II**, porque las fases III y IV no aparecen o están reducidas, y el **sueño MOR también aparece reducido y fragmentado**. El DSM-5-TR considera más grave el trastorno cuando hay menos sueño profundo, por ejemplo con un porcentaje de la fase N3 (sueño de ondas lentas) inferior al 5 %.

1 Acierta con la fase 1, pero el sueño REM y las fases de ondas lentas disminuyen.

2 Invierte las tres cosas: la fase 1 aumenta, y el sueño REM y el de ondas lentas disminuyen.

3 Es el patrón que describen los manuales, con el sueño limitado a las fases ligeras y menos sueño REM y profundo.

4 El sueño se limita a las fases I y II, que por tanto no desaparecen.

Ojo. La Base del tema (Belloch 2020) solo dice que los despertares impiden alcanzar las fases más profundas; la limitación a las fases I y II y la reducción del sueño REM se leen en la edición de 2008 (vol. I, cap. 11, pág. 299).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 545. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 299. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Apnea e hipopnea obstructiva del sueño, pág. 430.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

100

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

El trastorno del comportamiento del sueño REM:

1. Presenta la misma frecuencia en hombres que en mujeres.
2. Es más frecuente en los varones. ✓
3. Es más frecuente en las mujeres.
4. Es más frecuente en los niños.

El trastorno del comportamiento del sueño REM predomina en los varones mayores de 50 años

El DSM-5 afirma que el trastorno del comportamiento del sueño REM **afecta abrumadoramente más a los hombres mayores de 50 años**, aunque se identifica cada vez más en las mujeres y en los sujetos jóvenes. En estos, sobre todo en las mujeres jóvenes, los síntomas deben hacer pensar en una **narcolepsia** o en un trastorno inducido por medicamentos. Cuando acompaña a la narcolepsia, la frecuencia es **similar en ambos sexos**, pero eso no cambia el predominio masculino del cuadro típico.

1. El DSM-5 describe un claro predominio masculino. La frecuencia es similar en ambos sexos solo cuando el trastorno acompaña a la narcolepsia.
2. Es el dato del DSM-5.
3. En las mujeres se identifica cada vez más, y en las jóvenes obliga a descartar otras causas, pero no es más frecuente que en los varones.
4. Es un trastorno de la edad media y avanzada; en los jóvenes se sospechan otras causas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del comportamiento del sueño REM, págs. 408-410.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 58, PIR 2023 · n.º 143, PIR 2025 · n.º 101

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

La aparición de un periodo de movimientos oculares rápidos (MOR) durante los primeros minutos del sueño nocturno se suele considerar habitualmente como un signo de:

1 El síndrome de Pickwick.

2 El síndrome de Kleine-Levin.

3 Narcolepsia. ✓

4 Mioclonus nocturno.

Entrar en sueño REM a los pocos minutos de dormirse es un signo de narcolepsia

Belloch describe como rasgo más importante del sueño del paciente narcoléptico que el **sueño MOR empieza con una latencia muy corta**, de modo que el sueño se inicia en esa fase; un periodo MOR en los primeros minutos se considera signo de narcolepsia. El DSM-5 lo convierte en criterio: una **latencia del sueño REM inferior o igual a 15 minutos** en la polisomnografía nocturna basta para cumplir el criterio B3. El DSM-5-TR llama a ese hallazgo **periodo REM al inicio del sueño** y lo considera muy específico de la narcolepsia de tipo 1.

1 Belloch describe el síndrome de Pickwick en pacientes muy obesos, somnolientos e hipoventilados; no se define por el sueño REM precoz.

2 El síndrome de Kleine-Levin se caracteriza por episodios de somnolencia excesiva que duran semanas y desaparecen de forma espontánea.

3 Es el hallazgo polisomnográfico típico de la narcolepsia.

4 El mioclonus nocturno son sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Narcolepsia, págs. 373-374 y 376. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 300-301 y 306.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 113, PIR 2016 · n.º 106, PIR 2014 · n.º 108

102

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

Con relación a los aspectos relacionados con la cultura en el caso de la anorexia nerviosa (DSM 5), señale la respuesta CORRECTA:

1. No hay variaciones culturales en cuanto a su existencia y presentación.
2. En la mayoría de los países de rentas medias y bajas se desconoce la incidencia de anorexia nerviosa. ✓
3. La preocupación por el peso en la anorexia nerviosa no varía entre contextos culturales.
4. Los factores culturales no resultan relevantes con respecto a la anorexia nerviosa.

El DSM-5 desconoce la incidencia de la anorexia en la mayoría de los países de rentas medias y bajas

El apartado de aspectos culturales del DSM-5 dice que la **anorexia nerviosa** se da en poblaciones cultural y socialmente diversas, con **variaciones interculturales** en su existencia y presentación. Es probablemente más prevalente en los países industrializados de **rentas altas**, aunque se desconoce su incidencia en la mayoría de los países de **rentas medias y bajas**. Añade que la preocupación por el peso varía sustancialmente entre contextos culturales, y que la falta de un miedo intenso a ganar peso parece más común en poblaciones de Asia.

1. El manual habla de variaciones interculturales en su existencia y presentación.
2. Es la frase del DSM-5.
3. Según el propio manual, la preocupación por el peso varía sustancialmente entre contextos culturales.
4. La variabilidad histórica e intercultural de la prevalencia avala, según el DSM-5, su relación con la cultura y con los entornos que valoran la delgadez.

Trampa. Tres opciones niegan con rotundidad algo que el manual afirma («no hay», «no varía», «no resultan relevantes»).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, factores de riesgo y aspectos culturales, pág. 342.

EN EL ATLAS

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

103

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes respuestas considera correcta con respecto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?:

1. La presencia de obesidad o sobrepeso en la infancia puede aumentar el riesgo de bulimia nerviosa. ✓
2. La gravedad de la comorbilidad psicopatológica en la bulimia nerviosa no correlaciona con el pronóstico final de la misma.
3. A día de hoy no se conocen anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa.
4. Los rasgos obsesivos observados en la infancia no aumentan el riesgo de padecer anorexia nerviosa.

La obesidad infantil aumenta el riesgo de bulimia nerviosa

Entre los factores **genéticos y fisiológicos** de la **bulimia nerviosa**, el DSM-5 recoge que la **obesidad en la infancia** y el desarrollo puberal temprano aumentan el riesgo del trastorno. Los otros tres distractores toman frases del mismo manual y les cambian el sentido. La gravedad de la comorbilidad psiquiátrica predice peores resultados a largo plazo en la bulimia; en la anorexia se han descrito **anomalías cerebrales** con técnicas de imagen funcional, y los **rasgos obsesivos** en la infancia aumentan el riesgo de anorexia.

1. Es literal del DSM-5.
2. El manual dice que la gravedad de la comorbilidad psiquiátrica predice peores resultados a largo plazo.
3. Se han descrito anomalías cerebrales con resonancia magnética funcional y tomografía por emisión de positrones; lo que no está claro es si reflejan la desnutrición o son primarias.
4. Quienes muestran rasgos obsesivos o trastornos de ansiedad en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Trampa. Tres opciones invierten frases reales del DSM con un «no».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, factores de riesgo, pág. 342; bulimia nerviosa, factores de riesgo, pág. 348.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 79

104

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

En la bulimia nerviosa:

1. La sintomatología es vivida egosintónicamente.
2. Sentimientos positivos y negativos, por igual, suelen desencadenar los atracones.
3. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. ✓
4. Los atracones siempre son de alimentos ricos en hidratos de carbono.

Los atracones de la bulimia nerviosa suelen producirse a escondidas

El DSM-5 describe que las personas con **bulimia nerviosa** se sienten típicamente **avergonzadas** de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas, de modo que los atracones suelen producirse **a escondidas** o lo más discretamente posible. El antecedente más frecuente de los atracones es el **sentimiento negativo**; otros desencadenantes son los estresores interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos sobre el peso y el aburrimiento. Los atracones se caracterizan más por la cantidad de comida que por el deseo de un nutriente concreto.

1. El DSM-5 subraya la vergüenza y el ocultamiento de los síntomas, lo contrario de una vivencia egosintónica.
2. El antecedente más frecuente es el sentimiento negativo. Belloch admite que también pueden precederlos emociones positivas, pero no por igual.
3. Es la frase del DSM-5.
4. El tipo de alimento varía entre personas y en una misma persona, aunque se tiende a comer alimentos que en otras circunstancias se evitarían.

Ojo. La opción 1 tiene un matiz fuera del DSM. Caballo describe como egosintónicos los pensamientos sobre la delgadez y el vómito que sigue a los atracones subjetivos, al menos al principio. Las conductas compensatorias y los atracones, en cambio, las pacientes los consideran vergonzantes y los llevan con mucho secreto, como dice el DSM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, características diagnósticas, págs. 345-346. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 409. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 21, págs. 673-674.

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 2019 · n.º 127, PIR 2020 · n.º 95

105

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

La presencia de miedo intenso a ganar peso, realización de una dieta muy restrictiva, ejercicio físico excesivo y vómitos autoinducidos en un chico de 18 años con un índice de Masa Corporal de 15,3 sugiere (DSM 5):

1. Anorexia nerviosa, tipo con atracones/purgas o tipo purgativo. ✓
2. Anorexia nerviosa atípica.
3. Bulimia nerviosa.
4. Anorexia nerviosa, tipo restrictivo.

Con un peso muy bajo, los vómitos autoinducidos indican anorexia del tipo con atracones/purgas

El chico tiene un peso significativamente bajo (IMC de 15,3, gravedad **grave**), miedo intenso a ganar peso y conductas para perderlo. Eso es **anorexia nerviosa**, y los **vómitos autoinducidos** fijan el subtipo. El tipo **con atracones/purgas** se aplica cuando en los últimos tres meses ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas; el DSM-5 aclara que algunas personas de este subtipo no se atracan, pero se purgan tras comer pequeñas cantidades. La **bulimia nerviosa** queda descartada porque no se diagnostica si la alteración solo aparece durante la anorexia.

1. Las purgas recurrentes bastan para el tipo con atracones/purgas, aunque no haya atracones.
2. La anorexia nerviosa atípica exige un peso dentro o por encima del intervalo normal, y un IMC de 15,3 es significativamente bajo.
3. Con un peso significativamente bajo, los atracones y las purgas se diagnostican como anorexia; la bulimia exige que la alteración no se produzca solo durante la anorexia (criterio E).
4. El tipo restrictivo exige que no haya habido atracones ni purgas en los últimos tres meses, y aquí hay vómitos autoinducidos.

SUBTIPOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN EL DSM-5

Subtipo	Definición
Tipo restrictivo	Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo
Tipo con atracones/purgas	Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Fuente: APA (2014), DSM-5, anorexia nerviosa, especificadores de subtipo, pág. 339

Ojo. La opción 1 añade «o tipo purgativo», un nombre que el DSM-5 no usa; en el DSM-IV el subtipo se llamaba compulsivo/purgativo.

Trampa. Basta una conducta purgativa recurrente para que la anorexia deje de ser del tipo restrictivo, aunque el caso también hable de dieta y ejercicio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, págs. 338-339; bulimia nerviosa, págs. 345 y 349. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Anorexia nerviosa, subtipos, págs. 554-555.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 56

106

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

El diagnóstico de trastorno ciclotímico (DSM 5), requiere:

1 Numerosos episodios hipomaníacos.

2 Numerosos periodos de síntomas hipomaniacos. ✓

3 Numerosos episodios depresivos mayores.

4 Numerosos síntomas esquizoafectivos.

El trastorno ciclotímico se diagnostica con períodos de síntomas hipomaníacos que no llegan a ser episodios

El criterio A del **trastorno ciclotímico** del DSM-5 pide, durante al menos **2 años** (uno en niños y adolescentes), **numerosos períodos con síntomas hipomaníacos** que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los de un episodio de depresión mayor. El criterio C exige que **nunca** se hayan cumplido los criterios de un **episodio** de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco. La diferencia entre las opciones 1 y 2 está en una palabra, episodios frente a períodos de síntomas.

1. Si hubiera episodios hipomaníacos completos, el criterio C impediría el diagnóstico.
2. Es el criterio A.
3. Los episodios depresivos mayores también quedan excluidos por el criterio C.
4. El criterio D excluye los cuadros que se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 86, PIR 2022 · n.º 40

107 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

Respecto del trastorno de dolor genitopélvico/penetración (DSM 5), señale la opción CORRECTA:

1. Puede consistir en miedo o ansiedad intensos ante la expectativa de sufrir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal. ✓
2. Hace referencia, exclusivamente, al dolor durante la penetración vaginal durante el coito.
3. Pueden explicarse adecuadamente como consecuencia de la violencia de género.
4. Su diagnóstico requiere que se produzca una tensión o contracción interna de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

El miedo o la ansiedad ante el dolor de la penetración basta como síntoma del trastorno de dolor genitopélvico/penetración

El criterio A del **trastorno de dolor genitopélvico/penetración** exige dificultades persistentes o recurrentes con **una (o más)** de cuatro dimensiones: la penetración vaginal durante las relaciones, el dolor vulvovaginal o pélvico marcado, el **marcado temor o ansiedad** de sentir dolor antes, durante o como resultado de la penetración, y la **tensión o contracción** de los músculos del suelo pélvico. El DSM-5 aclara que el diagnóstico puede hacerse con dificultades marcadas en **una sola dimensión**, aunque deben evaluarse las cuatro. La opción 1 reproduce la tercera.

1. Es el criterio A3.
2. El dolor durante la penetración es solo una de las cuatro dimensiones del criterio A.
3. El criterio D excluye el diagnóstico si el problema se explica mejor por una alteración grave de la relación, como la violencia de género.
4. La tensión del suelo pélvico es una de las cuatro dimensiones (A4), y basta con cualquiera de ellas.

Ojo. Dos detalles del DSM-5-TR en español. Su criterio A3 dice «marcado dolor o ansiedad de sentir dolor», donde el DSM-5 decía «marcado temor o ansiedad» (pág. 493). Y en los factores de riesgo ya no llama controvertida a la relación con el abuso, sino que dice que estas mujeres refieren con más probabilidad antecedentes de abuso sexual o maltrato físico (pág. 496). Ninguno de los dos cambia la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, págs. 437-439.

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 2017 · n.º 74

108

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

Los individuos con trastorno de fetichismo pueden referir excitación sexual intensa y recurrente:

1. Por el empleo de objetos inanimados o por partes del cuerpo no genitales. ✓
2. Por niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).
3. Exclusivamente por artículos de vestir femeninos utilizados para transvestirse.
4. Exclusivamente por artículos diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (p.ej., vibrador).

El fetichismo abarca objetos inanimados y partes del cuerpo no genitales

El **criterio A** del trastorno de fetichismo exige, durante al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del **empleo de objetos inanimados** o de un gran interés específico por **parte(s) del cuerpo no genitales**, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos. El **criterio C** lo separa de dos casos vecinos, porque los objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse, como en el trastorno de travestismo, ni a artilugios diseñados para la estimulación táctil de los genitales, como un vibrador. Las opciones 3 y 4 describen lo que ese criterio deja fuera.

1. Recoge el criterio A con sus dos tipos de objeto, que el manual convierte además en especificadores (partes del cuerpo, objetos inanimados u otro).
2. Los niños prepúberes, generalmente menores de 13 años, son el objeto del criterio A del trastorno de pedofilia.
3. Si los objetos se limitan a prendas que se llevan al travestirse, no se diagnostica el trastorno de fetichismo, porque es el caso del trastorno de travestismo. Ese «exclusivamente» es lo que el criterio C descarta.
4. Tampoco basta un artilugio diseñado para estimular los genitales, como un vibrador, porque el criterio C dice que los objetos fetiche no se limitan a esos artilugios.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene los criterios (pág. 796). En el texto habla de «interés sexual fetichista» donde el DSM-5 decía «tener un fetiche», y añade que las conductas fetichistas se observan más en hombres, aunque también en mujeres (pág. 797).

Trampa. Las opciones 3 y 4 convierten en definición, con un «exclusivamente», las dos exclusiones del criterio C.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de fetichismo, págs. 700-702; trastorno de pedofilia, pág. 697.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 48

109 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

La necesidad de una dosis mayor de una droga para provocar el mismo efecto farmacodinámico que al comienzo de tomarla, se le denomina:

1 Tolerancia. ✓

2 Tolerancia cruzada.

3 Dependencia cruzada.

4 Síndrome de abstinencia.

Necesitar más dosis para lograr el mismo efecto es tolerancia

Caballo y colaboradores definen la **tolerancia** como un estado de adaptación caracterizado por la **disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga** o por la **necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico**. Belloch describe la tolerancia farmacodinámica en el mismo sentido: con el uso repetido, la respuesta del organismo a la sustancia se reduce y la persona tiene que incrementar la dosis para lograr el efecto que tenía en las primeras pruebas. Los dos manuales distinguen después la **tolerancia cruzada**, en la que la tolerancia a una droga se extiende a otra de acción semejante, y la **dependencia cruzada**, la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra.

1 Es la definición de tolerancia.

2 En la tolerancia cruzada quien es tolerante a una droga se hace tolerante también a otra de acción semejante, como la heroína y la morfina.

3 La dependencia cruzada es la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra, como la metadona con la heroína.

4 Los síndromes de abstinencia son los intensos trastornos que aparecen cuando se interrumpe la administración de la droga, con síntomas y signos propios de cada sustancia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 19, págs. 610 y 613. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 490.

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

110 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿Qué entendemos por potencial adictivo de una droga?:

1. La capacidad que tiene la droga de producir un sentimiento de satisfacción y bienestar psicológico.
2. Un nivel de consumo muy alto de esa droga.
3. La capacidad que tiene una sustancia psicoactiva de producir dependencia en aquellos que la consumen. ✓
4. La propensión a producir síndrome de abstinencia.

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

Caballo y colaboradores definen el **potencial adictivo de una droga** como la **propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan**. Lo ilustran con las drogas legales: el **tabaco** tiene un **alto poder adictivo**, porque el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación, salvo raras excepciones, mientras que la mayor parte de los consumidores de alcohol son bebedores sociales que pueden controlar sin problemas su consumo. Justo antes, el manual define la **dependencia psíquica** como la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

1. El sentimiento de satisfacción y el impulso psíquico de administrarse la droga forman parte de la definición de dependencia psíquica.
2. Un nivel de consumo alto describe cuánto se consume, y el potencial adictivo es una propiedad de la sustancia.
3. Es la definición del manual.
4. La aparición de un síndrome de abstinencia al interrumpir la droga define la dependencia física, y el potencial adictivo se refiere a la propensión a producir dependencia.

Ojo. La Base del tema (Belloch 2020, vol. I, cap. 15) no emplea el término potencial adictivo; la definición está en Caballo et al. (2024).

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. 489.

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

111

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la droga que produce, en relación a otras drogas, un elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física?:

1. El tabaco.
2. Las drogas de síntesis.
3. La cocaína. ✓
4. La heroína.

La cocaína produce mucha dependencia psicológica y poca física

Belloch y Caballo coinciden casi palabra por palabra: la **cocaína**, a diferencia de la mayoría de las drogas, produce un **elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física**. Los síntomas de su abstinencia **no dejan ninguna secuela fisiológica**, aunque la disforia, la falta de energía y la anhedonia pueden durar de una a diez semanas, lo que facilita la **recaída** ante el recuerdo de los efectos eufóricos de la droga. Entre las complicaciones orgánicas más importantes de su consumo, el manual destaca las **cardiovasculares**, como arritmias, infarto agudo de miocardio e ictus, incluso en personas jóvenes.

1. Caballo pone el tabaco como ejemplo de alto poder adictivo, porque el fumador no puede controlar su consumo.
2. Los manuales reservan esta afirmación a la cocaína, que comparan con la mayoría de las drogas.
3. Es la frase de los manuales.
4. La frase se refiere a la cocaína, que se distingue de la mayoría de las drogas por su escasa dependencia física.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 501. 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. 618.

EN EL ATLAS

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

112

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

En el marco de las adicciones, los factores de riesgo distales descritos en la reconceptualización del modelo tradicional de prevención de recaídas de Marlatt (Hendershot et al. 2011) se refieren a:

1. Variables situaciones cambiantes.
2. Predisposiciones estables que incrementan la vulnerabilidad individual a la caída. ✓
3. Precipitantes inmediatos que aumentan el riesgo de recaída.
4. Precipitantes interoceptivos condicionados con el consumo de drogas.

Los riesgos distales son factores estables que marcan la vulnerabilidad inicial a la recaída

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon se reformuló como un modelo **dinámico** de la recaída. Penadés lo resume con dos tipos de procesos que interactúan. Los **procesos tónicos** incluyen los **riesgos distales**, factores de fondo estables en el tiempo que determinan el punto de partida o la vulnerabilidad inicial de recaída de una persona, como los rasgos de personalidad, los factores genéticos o el apoyo familiar y social. Las **respuestas fásicas** recogen los **factores proximales** o transitorios, que fluctúan con el tiempo y el contexto y pueden activar una recaída, como los impulsos y anhelos, los estados de ánimo o los cambios pasajeros en la autoeficacia. En resumen, los procesos tónicos determinan quién es vulnerable y las respuestas fásicas, cuándo se produce la recaída.

1. Las variables situacionales cambiantes encajan con los factores proximales o transitorios, que fluctúan a través del tiempo y los contextos.
2. Coincide con la descripción de los riesgos distales como factores de fondo estables que marcan la vulnerabilidad inicial de la persona.
3. Los precipitantes inmediatos son respuestas fásicas, las que determinan cuándo se produce la recaída.
4. Los precipitantes interoceptivos condicionados son estímulos del momento, del lado de los factores proximales o transitorios que pueden activar una recaída.

Ojo. La pregunta cita a Hendershot et al. (2011), que no está en el corpus. Penadés describe la misma reformulación del modelo de Marlatt a partir de Witkiewitz y Marlatt (2004), con los términos riesgos distales y factores proximales.

Para fijarlo. Lo tónico dice quién está en riesgo; lo fásico, cuándo cae.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, pág. 642. Hendershot, C. S. et al. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6. BioMed Central.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Penadés (Ampliación).

113

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Los pacientes con trastorno por dependencia del alcohol presentan frecuentemente:

1. Trastornos de la ansiedad. ✓
2. Esquizofrenia paranoide.
3. Trastorno explosivo intermitente.
4. Adicción a internet.

Los trastornos de ansiedad son una comorbilidad frecuente de la dependencia del alcohol

El DSM-5 dice que los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el trastorno de la personalidad antisocial, además de algunos **trastornos depresivos y de ansiedad**, se asocian con un aumento notable de la tasa de **trastorno por consumo de alcohol**, el diagnóstico que sustituye a la dependencia del DSM-IV. Belloch revisa la relación entre alcoholismo y **esquizofrenia** y concluye que pueden coincidir, pero que **la combinación no es común**. En cambio, recoge numerosos trabajos sobre la concurrencia de síntomas neuróticos, sobre todo **ansiedad** generalizada, ataques de pánico y fobias, con el abuso o la dependencia del alcohol.

1. El DSM-5 cita los trastornos de ansiedad entre los que se asocian al trastorno por consumo de alcohol, y Belloch recoge numerosos trabajos sobre su concurrencia.
2. La esquizofrenia figura en la lista del DSM-5, pero Belloch concluye que su combinación con el alcoholismo no es común.
3. El DSM-5 no menciona el trastorno explosivo intermitente en la comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol.
4. La adicción a internet no es un diagnóstico del DSM-5 ni aparece en la comorbilidad del alcohol.

Ojo. Con el DSM-5 solo, la clave es discutible, porque la esquizofrenia aparece en la misma lista que los trastornos de ansiedad. Se sostiene con Belloch, que considera poco común la combinación con la esquizofrenia, y con el «frecuentemente» del enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno por consumo de alcohol, págs. 496-497. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 368-369.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 63

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

En un paciente que hace 15 días sufrió un grave accidente, presenta síntomas disociativos, malestar intenso y re-experimentación del suceso, ¿cuál de los siguientes diagnósticos iniciales sería más correcto?:

1. Trastorno de estrés agudo. ✓
2. Trastorno de estrés crónico.
3. Trastorno de estrés post-traumático.
4. Trastorno de estrés de inicio demorado.

Quince días después de un trauma, con intrusiones y disociación, el diagnóstico es trastorno de estrés agudo

El caso da dos datos: el accidente fue hace **15 días** y el paciente presenta síntomas disociativos, malestar intenso y **reexperimentación**. Un cuadro así, entre **3 días y 1 mes** después del trauma, corresponde al **trastorno de estrés agudo** (criterio C). El TEPT exige que la alteración dure más de 1 mes, de modo que todavía no puede diagnosticarse. Los otros dos rótulos no son diagnósticos del DSM-5, porque «crónico» y «de inicio demorado» eran **especificadores** del TEPT en el DSM-IV.

1. Quince días caen dentro de la ventana de 3 días a 1 mes.
2. No existe un trastorno de estrés crónico. «Crónico» era un especificador del TEPT del DSM-IV para síntomas de 3 meses o más.
3. El TEPT exige más de 1 mes de duración, y solo han pasado 15 días.
4. «De inicio demorado» era el especificador del TEPT del DSM-IV para síntomas que empiezan al menos 6 meses después; hoy se habla de expresión retardada.

Trampa. Los distractores 2 y 4 convierten especificadores del TEPT del DSM-IV en trastornos que no existen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, pág. 272; trastorno de estrés agudo, pág. 281. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés postraumático, pág. 440.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 186, PIR 2016 · n.º 73

115

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma asociado al trastorno de ansiedad generalizada?:

1 Dolores de cabeza frecuentes. ✓

2 Sueño insatisfactorio.

3 Falta de concentración.

4 Facilidad para fatigarse.

Los dolores de cabeza frecuentes no son uno de los seis síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

Para el **trastorno de ansiedad generalizada**, el **criterio C** del DSM-5 enumera seis síntomas, de los que hacen falta tres o más en los adultos y uno en los niños. Son inquietud, **facilidad para fatigarse**, **dificultad para concentrarse** o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y **problemas de sueño** (dificultad para dormirse o para seguir durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). Los **dolores de cabeza** no están en la lista; el manual los menciona como una afección asociada al estrés que acompaña con frecuencia al trastorno.

1 No está entre los seis síntomas; aparece entre las afecciones asociadas al estrés que acompañan al trastorno.

2 El sueño insatisfactorio forma parte de los problemas de sueño del sexto síntoma.

3 La falta de concentración corresponde a la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4 La facilidad para fatigarse es el segundo síntoma de la lista.

Ojo. Igual que en 2016, el enunciado habla de síntomas «asociados», y el DSM-5 dice que los dolores de cabeza acompañan con frecuencia al trastorno (pág. 223). La clave se entiende si «asociado» se lee como «exigido por el criterio C».

Trampa. La pregunta se repitió idéntica en 2020.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 49, PIR 2016 · n.º 78, PIR 2022 · n.º 47

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes trastornos presenta, con frecuencia, comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada? (DSM 5):

1. Los trastornos por consumo de sustancias.
2. Los trastornos depresivos unipolares. ✓
3. Los trastornos de la conducta.
4. Los trastornos neurocognitivos.

El trastorno de ansiedad generalizada coexiste a menudo con los trastornos depresivos unipolares

La sección de comorbilidad del DSM-5 dice que quien cumple los criterios del **trastorno de ansiedad generalizada** probablemente ha cumplido o cumple los de otro trastorno de ansiedad y los de los **trastornos depresivos unipolares**. A continuación enumera las comorbilidades **menos comunes**, que son los **trastornos por consumo de sustancias**, de la conducta, psicóticos, del **neurodesarrollo** y **neurocognitivos**. Los tres distractores salen de esa segunda lista. El apartado sobre el género matiza que en los varones la comorbilidad se extiende más a los trastornos por uso de sustancias.

1. Es una comorbilidad menos común, aunque más probable en los varones.
2. Es la comorbilidad frecuente, junto con los demás trastornos de ansiedad.
3. Los trastornos de la conducta figuran entre las comorbilidades menos comunes.
4. Los trastornos neurocognitivos también están en la lista de comorbilidades menos comunes.

> **Trampa.** Los distractores son literales del manual, pero salen de la frase sobre las comorbilidades menos comunes.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 77

117 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En un niño, la preocupación excesiva por la posibilidad de que sus padres sufran algún daño forma parte, más propiamente, del siguiente trastorno:

1. Fobia específica, entorno natural.
2. Trastorno de ansiedad generalizada.
3. Trastorno de ansiedad por separación. ✓
4. Síndrome de Munchausen por poderes.

Preocuparse en exceso por el daño que puedan sufrir los padres es un síntoma de ansiedad por separación

El **criterio A2** del **trastorno de ansiedad por separación** es la **preocupación excesiva y persistente** por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o por que puedan sufrir un daño, como una enfermedad, calamidades o la muerte. El manual describe que estos niños se preocupan por el bienestar o la muerte de sus figuras de apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y necesitan saber dónde están. En el diagnóstico diferencial con el **trastorno de ansiedad generalizada**, la ansiedad por separación se refiere sobre todo a la separación del hogar y de las personas vinculadas.

1. La fobia específica de tipo entorno natural se refiere a alturas, tormentas o agua, y no a lo que pueda pasarles a los padres.
2. En el trastorno de ansiedad generalizada la preocupación abarca diversos sucesos; cuando gira alrededor de la separación de las figuras de apego, su criterio F remite al trastorno de ansiedad por separación.
3. Es el criterio A2.
4. El síndrome de Munchausen por poderes describe a padres o cuidadores que inventan o provocan síntomas en un menor; no es una preocupación del niño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad por separación, págs. 190-191 y 194; trastorno de ansiedad generalizada, pág. 222. 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 B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 121, PIR 2021 · n.º 97, PIR 2019 · n.º 139

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes diagnósticos figura dentro del capítulo de los trastornos de ansiedad en el DSM 5?:

1 El trastorno obsesivo-compulsivo.

2 La agorafobia. ✓

3 El trastorno de estrés postraumático.

4 El trastorno de estrés agudo.

En el DSM-5 la agorafobia sigue entre los trastornos de ansiedad, y el TOC y los trastornos por estrés pasan a capítulos propios

El capítulo de **trastornos de ansiedad** del DSM-5 incluye el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la **agorafobia** y el trastorno de ansiedad generalizada, además de los inducidos por sustancias y los debidos a otra afección médica. Belloch recuerda que el **trastorno de estrés postraumático** y el **trastorno obsesivo-compulsivo** ya no se consideran trastornos de ansiedad. El DSM-5 los coloca en capítulos propios, el de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, y el de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, que incluye también el **trastorno de estrés agudo**.

1 Desde el DSM-5 tiene capítulo propio, «Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados».

2 La agorafobia figura en el capítulo y se diagnostica con independencia de que haya o no trastorno de pánico.

3 Está en el capítulo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

4 Comparte capítulo con el trastorno de estrés postraumático.

Para fijarlo. Ansiedad sí, pero sin obsesiones ni traumas: el TOC y el estrés postraumático tienen capítulo propio desde el DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de ansiedad, págs. 189-190; agorafobia, págs. 217-218; trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, pág. 235; trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, págs. 276 y 284. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 35.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 81

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Una característica esencial para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada es, según el DSM 5, la:

1 Anticipación aprensiva. ✓

2 Sensibilidad a la ansiedad.

3 Hipersomnia.

4 Sentimiento de indefensión.

La anticipación aprensiva es la característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada

El DSM-5 define la característica esencial del **trastorno de ansiedad generalizada** como una **ansiedad y una preocupación excesivas**, que llama **anticipación aprensiva**, acerca de una serie de acontecimientos o actividades. El término aparece en el propio criterio A, que exige que esa preocupación se dé más días de los que está ausente durante al menos 6 meses. La **sensibilidad a la ansiedad**, en cambio, es un factor de riesgo temperamental de los ataques de pánico, y la hipersomnia no está entre los problemas de sueño del criterio C.

1. Es el término que usa el manual en el criterio A y en la característica esencial.
2. La sensibilidad a la ansiedad (creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) es un factor de riesgo de los ataques de pánico y es característica de las personas con agorafobia.
3. Los problemas de sueño del criterio C son la dificultad para dormirse o para seguir durmiendo y el sueño inquieto e insatisfactorio; la hipersomnia no figura.
4. El sentimiento de indefensión no aparece en los criterios ni en la descripción del trastorno de ansiedad generalizada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, pág. 222; trastorno de pánico, pág. 211; agorafobia, pág. 220.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 122, PIR 2015 · n.º 182, PIR 2019 · n.º 110

Respuesta correcta: 2

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales, y respecto de la etiología de las fobias específicas, la formulación de Seligman sostiene que:

1. Las reacciones fóbicas se adquieren mediante condicionamiento y se mantienen mediante conductas de evitación al estímulo fóbico que reducen el miedo con éxito.
2. Las reacciones fóbicas se adquieren por condicionamiento y se modulan por un mecanismo de "preparación" de la asociación. ✓
3. Los estilos de pensamiento distorsionados son mediadores de los trastornos fóbicos.
4. El miedo fóbico es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Para Seligman las fobias se adquieren por condicionamiento con estímulos preparados por la evolución

La **teoría de la preparación** de Seligman (1971) parte de que no todos los estímulos se condicionan por igual a las respuestas de miedo. Ciertos estímulos, relacionados con peligros importantes durante la evolución de la especie, se asocian con más facilidad, y por eso las fobias son **selectivas**, de **fácil adquisición**, **resistentes a la extinción** e irracionales. Belloch insiste en que la teoría no asume que las fobias sean innatas; lo innato es la capacidad para aprender reacciones fóbicas, es decir, para **adquirir fobias mediante condicionamiento**. Seligman generalizó así a las fobias una idea que el grupo de García había demostrado con la aversión al sabor en ratas.

1. Describe el modelo bifactorial de Mowrer, que integra el condicionamiento clásico del miedo y el condicionamiento operante de la evitación, reforzada negativamente.
2. Es la idea central de la teoría de la preparación, que añade al condicionamiento la facilidad con que se asocian los estímulos preparados.
3. Las fobias preparadas se forman por asociaciones primitivas y no cognitivas y no se modifican fácilmente con argumentos lógicos, así que la teoría no les da a los estilos de pensamiento un papel mediador.
4. Es una formulación genérica de varios factores. Seligman da a las fobias un significado biológico evolutivo, pero su teoría se centra en el aprendizaje preparado.

> **Para fijarlo.** Es fácil temer a las arañas y difícil temer a los pijamas, porque el miedo prende antes en lo que fue peligroso para la especie.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 39-41.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

121

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Según el DSM 5, en niños, el trastorno de ansiedad por separación muestra una especial comorbilidad con los siguientes trastornos:

1. Trastornos depresivos y bipolares.
2. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad.
3. Trastornos de ansiedad social y fobia específica.
4. Trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica. ✓

En los niños, la ansiedad por separación se asocia sobre todo a la ansiedad generalizada y la fobia específica

El DSM-5 separa por edades la comorbilidad del **trastorno de ansiedad por separación**. En los **niños** es muy comórbido con el **trastorno de ansiedad generalizada** y la **fobia específica**. En los **adultos** las comorbilidades comunes son más variadas, con fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad, y también trastornos depresivos y bipolares. Los distractores toman diagnósticos de la lista de los adultos.

1. Los trastornos depresivos y bipolares son comórbidos en los adultos.
2. El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de la personalidad aparecen en la lista de los adultos.
3. La fobia específica acompaña también a los niños, pero el trastorno de ansiedad social figura entre las comorbilidades de los adultos.
4. Es la comorbilidad que el manual destaca en los niños.

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN SEGÚN LA EDAD

Grupo	Trastornos comórbidos
Niños	Trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica
Adultos	Fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de personalidad
Adultos (además)	Trastornos depresivos y bipolares

Fuente: APA (2014), DSM-5, Trastorno de ansiedad por separación, pág. 195

Ojo. El DSM-5-TR amplía la lista de los adultos con el trastorno de duelo prolongado y precisa que los trastornos de la personalidad que pueden concurrir son los del grupo C, dependiente, evitativa y obsesivo-compulsiva (pág. 221). La comorbilidad infantil no cambia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad por separación, pág. 195.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 117

122

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

El principal núcleo sintomático de cara al diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada (DSM 5) es de tipo:

1. Conductual (evitativo).
2. Cognitivo (preocupación). ✓
3. Vegetativo (alteración respiratoria).
4. Meta-cognitivo (atención selectiva a ciertas rumiaciones).

La preocupación, un proceso cognitivo, es el núcleo del trastorno de ansiedad generalizada

El DSM-5 pone en el centro del **trastorno de ansiedad generalizada** la **preocupación excesiva** y difícil de controlar (criterios A y B), un síntoma de tipo **cognitivo**. Las preocupaciones se refieren a circunstancias rutinarias como el trabajo, la salud o las finanzas, y su mantenimiento interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los síntomas físicos quedan en segundo plano. Los de **hiperactividad vegetativa**, como la dificultad para respirar, son menos prominentes que en otros trastornos de ansiedad, y la evitación no forma parte de los criterios.

1. La evitación no figura en los criterios del trastorno de ansiedad generalizada.
2. La preocupación excesiva e incontrolable es el núcleo de los criterios A y B.
3. La alteración respiratoria es un síntoma de hiperactividad vegetativa, menos prominente en este trastorno que en el de pánico.
4. El DSM-5 no describe el trastorno en términos metacognitivos ni de atención selectiva a rumiaciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 119, PIR 2015 · n.º 182

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

La característica esencial de la agorafobia es:

1. La aparición de ansiedad cuando el individuo se encuentra en espacios abiertos o sin claras referencias o límites físicos.
2. La aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar resulta embarazoso o en los que, en el caso de aparecer una crisis de angustia, no se dispone de ayuda. ✓
3. La aparición de ansiedad cuando han fracasado todos los comportamientos de evitación de los que dispone el individuo.
4. La aparición de ansiedad nunca se dispara y/o exacerba en presencia de personas conocidas.

En la agorafobia se temen las situaciones de las que sería difícil escapar o recibir ayuda si aparecen síntomas tipo pánico

La **agorafobia** del DSM-5 exige miedo o ansiedad intensa en al menos **dos de cinco situaciones**, que son el transporte público, los espacios abiertos, los sitios cerrados, hacer cola o estar en una multitud y estar fuera de casa solo. El **criterio B** explica el porqué. La persona teme o evita esas situaciones por la idea de que **escapar podría ser difícil** o de que **no dispondría de ayuda** si aparecieran síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, como el miedo a caerse en las personas mayores o a la incontinencia.

1. Los espacios abiertos son solo una de las cinco situaciones, y el diagnóstico exige al menos dos.
2. Recoge el criterio B.
3. El manual no liga la ansiedad al fracaso de las conductas de evitación. Las situaciones se evitan activamente, requieren un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa (criterio D).
4. El manual dice que la persona suele afrontar mejor la situación temida si va acompañada, pero no que la ansiedad nunca aparezca ante personas conocidas.

Ojo. El enunciado llama «característica esencial» a lo que el DSM-5 recoge en el criterio B. El manual reserva ese término para el miedo o la ansiedad intensos ante una amplia gama de situaciones (criterio A), pero la opción 2 es la única que describe la agorafobia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Agorafobia, págs. 217-219.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 125

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes síntomas aparece con más frecuencia durante el ataque de pánico?:

1 Dolor o molestias en el pecho.
2 Molestias abdominales.
3 Palpitaciones. ✓
4 Cefaleas

Las palpitaciones son el síntoma más frecuente durante el ataque de pánico

Belloch (2008) recoge los datos de Rapee y su equipo sobre los síntomas que presentan las personas con trastorno de pánico durante sus ataques, ordenados según su frecuencia en la **figura 3.1**. Las **palpitaciones**, los **vértigos-inestabilidad-mareos** y los **temblores** son los síntomas somáticos que ocurren con más frecuencia, en **más del 80 por 100** de los pacientes, y las palpitaciones encabezan la figura. El manual separa la frecuencia de lo característico, porque los síntomas somáticos que mejor diferencian el ataque de pánico de otros trastornos de ansiedad son los vértigos-inestabilidad-mareos, la respiración dificultosa, los desmayos y las parestesias.

1. El dolor o las molestias en el pecho figuran entre los síntomas del ataque, pero ocupan el último lugar de la figura 3.1.
2. El malestar abdominal aparece en la mitad inferior de la figura, lejos de los tres síntomas que superan el 80 por 100.
3. Las palpitaciones son el primer síntoma de la figura y uno de los tres que superan el 80 por 100.
4. La cefalea no forma parte de los trece síntomas con que el DSM-5 define el ataque de pánico ni de la figura del manual.

Ojo. La 3.ª edición de Belloch (2020, vol. II, cap. 2, págs. 46-47), Base del tema, enumera los trece síntomas del DSM-5 y su estructura factorial (tabla 2.5), pero no recoge el orden de frecuencia; el dato está en la 2.ª edición (2008).

Trampa. Frecuente y característico no significan lo mismo. Si la pregunta pidiera el síntoma más específico del pánico, habría que pensar en vértigos, respiración dificultosa, desmayos o parestesias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 3, págs. 69-70 y figura 3.1. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 46-47.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad.

125 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Qué característica diferencia al trastorno de ansiedad social respecto de la timidez?:

1. Menor impacto en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento.
2. Una edad de comienzo más tardía. ✓
3. En general, es menos crónica.
4. Tiene un menor grado de asociación con la evitación.

La timidez suele empezar antes que el trastorno de ansiedad social

Caballo recoge cuatro diferencias entre el **trastorno de ansiedad social** y la **timidez**, a partir de la revisión de Turner y colaboradores. El **deterioro social y laboral** es mucho mayor en el trastorno. La timidez suele tener un **comienzo más temprano**. El trastorno es una **condición crónica**, mientras que la timidez puede aparecer pronto y desaparecer. Y la **evitación** se asocia mucho más al trastorno y es más grave en él. El DSM-5 coincide en el primer punto, porque considera la timidez un rasgo no patológico y pide el diagnóstico cuando hay un impacto negativo considerable en el funcionamiento.

1. El trastorno produce un deterioro social y laboral mucho mayor que la timidez, que es la diferencia en la que también se fija el DSM-5.
2. La timidez suele empezar antes, así que el trastorno tiene una edad de comienzo más tardía.
3. El trastorno es crónico, mientras que la timidez puede aparecer pronto y luego desaparecer en muchas personas.
4. La evitación se asocia mucho más al trastorno y es más grave en él.

DIFERENCIAS ENTRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL Y LA TIMIDEZ (TURNER ET AL., 1990)

Aspecto	Qué dice el manual
Deterioro social y laboral	Tiende a ser mucho mayor en el TAS que en los sujetos considerados tímidos
Comienzo	La timidez suele tener un comienzo más temprano que la fobia social
Cronicidad	El TAS es una condición crónica; la timidez podría ocurrir en épocas tempranas de la vida y luego desaparecer
Evitación	Se asocia mucho más con el TAS que con la timidez, y su gravedad es mucho mayor en el TAS

Fuente: Caballo, Salazar y Carrobles (2024), cap. 7, pág. 200

Para fijarlo. La timidez llega antes y puede irse; la ansiedad social llega después y se queda.

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. 7, pág. 200. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, pág. 206.

EN EL ATLAS

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

126

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

Los estudios que han comparado el lenguaje en la depresión y en la manía ponen de relieve que:

1. El discurso maniaco tiende a ser más vago y abstracto.
2. El discurso depresivo se interesa más por las cosas que por las personas.
3. El discurso maníaco emplea más referencias a sí mismo.
4. El discurso está influenciado por las diferencias individuales, de forma que no se puede hablar de un patrón lingüístico típico que caracterice a cada uno de estos trastornos. ✓

Las diferencias individuales impiden hablar de un lenguaje típicamente depresivo o maníaco

Belloch resume la comparación de **Andreasen (1976)** entre el lenguaje de los pacientes depresivos y el de los maníacos. El discurso del depresivo tiende a ser más **vago, abstracto y personalizado**, con más referencias a sí mismo y a otras personas, mientras que el del maníaco es más **florido y concreto** y se interesa más por las cosas que por las personas. También hay diferencias lingüísticas y clínicas. Sin embargo, el manual concluye que las **variaciones individuales** pueden ser notables de unos pacientes a otros, por lo que no se puede decir que exista un lenguaje o patrón lingüístico típicamente depresivo o típicamente maníaco.

1. Atribuye al maníaco lo que el manual dice del depresivo, cuyo discurso es más vago y abstracto; el del maníaco es más florido y concreto.
2. Es el maníaco quien se interesa más por las cosas que por las personas.
3. Las referencias a sí mismo son más frecuentes en el paciente depresivo, que además usa más pronombres en primera persona.
4. Reproduce la conclusión del manual sobre la variabilidad individual.

LENGUAJE DEL PACIENTE DEPRESIVO Y DEL MANÍACO SEGÚN ANDREASEN (1976)

Aspecto	Paciente depresivo	Paciente maníaco
Discurso	más vago, abstracto y personalizado	más florido y concreto
Referencias	más referencias a sí mismo y a otras personas	se interesa más por las cosas que por las personas
Nivel lingüístico	más verbos de estado, adverbios modificadores y pronombres personales, en particular pronombres en primera persona	más verbos de acción, más adjetivos y nombres concretos
Nivel clínico	profundidad del contenido del discurso	superficialidad del discurso

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 9, págs. 308-309

Trampa. Las opciones 1 a 3 cambian de paciente rasgos reales que da el manual. Antes de elegir, conviene comprobar a quién se atribuye cada rasgo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 308-309.

EN EL ATLAS

Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

127 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos · Anulada

Anulada

En general, para las teorías psicoanalíticas de la depresión, el síntoma clave de la depresión es:

1. La ira internalizada.
2. La baja autoestima.
3. La desesperanza.
4. Las actitudes disfuncionales.

Las teorías psicoanalíticas destacan la baja autoestima, pero su esquema clásico es la ira interiorizada, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. Belloch (2008) dice en su resumen que las primeras teorías psicológicas de la depresión nacieron dentro del psicoanálisis y subrayaban la **baja autoestima** como síntoma clave del trastorno. Pero el mismo capítulo explica que, para Abraham y Freud, la pérdida del objeto amado provoca deseos hostiles que se dirigen hacia el propio yo tras la introyección del objeto, y que la mayor parte de los psicoanalistas posteriores asumieron esta formulación de la **ira interiorizada** como el esquema interpretativo básico de la depresión. Con el manual en la mano, la opción 1 y la opción 2 tienen apoyo.

1. La ira dirigida hacia el objeto perdido que acaba dirigida hacia el propio yo es la primera formulación freudiana, y el manual la presenta como el esquema básico que asumieron Rado, Fenichel, Bibring o Klein.
2. Clave provisional. El resumen del capítulo dice que las teorías psicoanalíticas subrayaban la baja autoestima como síntoma clave, y la melancolía de Freud se caracteriza por una disminución extraordinaria de la autoestima.
3. La desesperanza es la causa próxima de la depresión en la teoría de la desesperanza de Abramson, una teoría cognitiva.
4. Las actitudes disfuncionales son el factor de vulnerabilidad de la teoría cognitiva de Beck.

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. 273-274 y 293. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218.

EN EL ATLAS

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

128

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

¿Qué duración mínima han de tener los síntomas para que se cumplan los criterios de un episodio maniaco según el DSM 5?:

1 Una semana. ✓

2 Dos semanas.

3 Un mes.

4 Tres meses.

Un episodio maníaco dura como mínimo una semana, o menos si requiere hospitalización

El criterio A del **episodio maníaco** exige un período bien definido de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que **dura como mínimo una semana** y está presente la mayor parte del día, casi todos los días, **o cualquier duración si se necesita hospitalización**. Las otras cifras pertenecen a otros episodios, porque el **episodio hipomaníaco** dura como mínimo **4 días consecutivos** y el episodio de depresión mayor, 2 semanas.

1. Es el criterio A del episodio maníaco.
2. Dos semanas es la duración mínima del episodio de depresión mayor.
3. Ningún episodio del estado de ánimo del DSM-5 se define por un mes.
4. Tres meses tampoco es un requisito de los episodios del estado de ánimo.

Para fijarlo. Manía, una semana; hipomanía, cuatro días; depresión, dos semanas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, criterios, pág. 124.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 191, PIR 2025 · n.º 133

129 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según la Teoría de los Estilos de Respuesta (Nolen-Hoeksema) ¿qué forma de respuesta ante los primeros síntomas depresivos lleva a un incremento de la intensidad y duración de esos síntomas?:

1 La distracción.

2 El estilo rumiativo. ✓

3 El realismo depresivo.

4 La triada cognitiva.

El estilo rumiativo alarga e intensifica los primeros síntomas depresivos

La **teoría de los estilos de respuesta** de Nolen-Hoeksema (1991) se ocupa del curso de la depresión más que de su origen. Propone que la manera en que las personas responden a los **primeros síntomas depresivos** influye en su duración y gravedad. Las personas con **respuestas rumiativas**, que focalizan la atención en sus síntomas y en sus implicaciones, sufrirán los síntomas durante más tiempo y con mayor intensidad que las que son capaces de **distraerse** de ellos. Belloch añade varios mecanismos, porque la rumiación hace más accesibles los pensamientos negativos, reduce la generación de soluciones, interfiere con las conductas instrumentales y disminuye el efecto beneficioso del apoyo social.

1 La distracción es el estilo contrario, el de quienes salen con amigos o se concentran en el trabajo para ignorar los síntomas, y la teoría la asocia a síntomas más breves.

2 Es la respuesta que, según la teoría, prolonga e intensifica los síntomas.

3 El realismo depresivo alude a la posibilidad de que los depresivos sean más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos, un hallazgo ligado a la teoría de la desesperanza.

4 La tríada cognitiva negativa pertenece a la teoría de Beck, para la que es la causa próxima de los síntomas depresivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 284.

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

130

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes criterios debe estar presente necesariamente para el diagnóstico de episodio depresivo mayor?:

1 Insomnio.

2 Problemas para la toma de decisiones.

3 Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. ✓

4 Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.

Para el episodio depresivo mayor hace falta ánimo deprimido o pérdida de interés o placer

El criterio A exige cinco o más síntomas durante el mismo periodo de 2 semanas y precisa que **al menos uno** debe ser el **estado de ánimo deprimido** (A1) o la **pérdida de interés o de placer** (A2). El resto de la lista (cambios de peso o apetito, insomnio o hipersomnia, alteración psicomotora, fatiga, inutilidad o culpa, problemas de concentración o de decisión y pensamientos de muerte) completa el número, pero **ninguno es obligatorio** por sí solo. El DSM-5-TR resume el rasgo principal del episodio como un periodo de al menos 2 semanas con ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer.

1 El insomnio es el criterio A4; cuenta para el total, pero no es imprescindible.

2 La dificultad para tomar decisiones forma parte del criterio A8 y tampoco es obligatoria.

3 Es el requisito del criterio A.

4 Los sentimientos de inutilidad o culpa son el criterio A7, no un síntoma obligatorio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, págs. 160-161 y 163.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 49, PIR 2017 · n.º 66

131

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 1

El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow, señale la INCORRECTA:

1. Tiene como objetivo exclusivamente el tratamiento de los trastornos de ansiedad. ✓
2. Incluye técnicas de reestructuración cognitiva.
3. Incluye técnicas de Mindfulness.
4. Proporciona un manual para terapeutas y otro para pacientes.

El Protocolo Unificado abarca los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo

El **Protocolo Unificado** para el tratamiento transdiagnóstico de los **trastornos emocionales** lo diseñó el equipo de Barlow para los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo unipolar y relacionados. Fonseca cita entre sus destinatarios el trastorno de pánico, la ansiedad social, el TOC, el TEPT, la depresión mayor o la distimia, y también los casos con comorbilidad, los no especificados y los subclínicos. Por eso la opción 1 es la incorrecta. El protocolo incluye módulos de **flexibilidad cognitiva** y de **conciencia emocional plena**, y es un tratamiento **manualizado** con un manual del terapeuta y otro del paciente.

1. Es la afirmación incorrecta, porque el protocolo abarca también los trastornos del estado de ánimo unipolar y relacionados.
2. El módulo 4, flexibilidad cognitiva, trabaja cómo influyen los pensamientos en lo que se siente y cómo pensar de manera más flexible, y el capítulo cita la reevaluación cognitiva entre las técnicas de la TCC que incorpora.
3. El módulo 3, conciencia emocional plena, practica la conciencia emocional centrada en el presente y sin juzgar con dos ejercicios formales de meditación.
4. El protocolo es un tratamiento manualizado compuesto por el manual del terapeuta y el manual del paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, págs. 201, 206-207 (tabla 6.1) y 213.

EN EL ATLAS: Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

132

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Según el DSM 5 ¿cuál de los siguientes trastornos de la personalidad se encuentra incluido en el grupo B?:

1. Trastorno de la personalidad histriónica. ✓
2. Trastorno de la personalidad esquizoide.
3. Trastorno de la personalidad por evitación.
4. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

El trastorno de la personalidad histriónica pertenece al grupo B

El DSM-5 distribuye los trastornos de la personalidad en tres grupos basados en similitudes descriptivas. El **grupo B** se compone de los trastornos antisocial, límite, **histriónica** y narcisista, que se caracterizan por ser exageradamente dramáticos, emocionales o erráticos. El esquizoide pertenece al **grupo A** (raros o excéntricos), y el evitativo y el obsesivo-compulsivo, al **grupo C** (ansiosos o temerosos). El manual advierte de que esta agrupación es útil en investigación y docencia, pero tiene serias limitaciones y no ha sido validada de forma consistente.

1. El histriónico está en el grupo B.
2. El esquizoide pertenece al grupo A.
3. El evitativo pertenece al grupo C.
4. El obsesivo-compulsivo pertenece al grupo C.

GRUPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL DSM-5

Grupo	Trastornos de la personalidad	Cómo suelen mostrarse
A	Paranoide, esquizoide y esquizotípica	Raros o excéntricos
B	Antisocial, límite, histriónica y narcisista	Exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas
C	Evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva	Ansiosos o temerosos

Fuente: APA (2014), DSM-5, trastornos de la personalidad, pág. 646

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de la personalidad, pág. 646.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 134, PIR 2016 · n.º 119

133 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Respecto del trastorno de personalidad límite, el diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con:

1 Trastornos de la ansiedad.

2 Trastornos del estado de ánimo. ✓

3 Trastorno de la personalidad por evitación.

4 Trastorno de la personalidad esquizoide.

El diagnóstico diferencial del trastorno límite empieza por los trastornos depresivos y bipolares

El apartado de diagnóstico diferencial del **trastorno de la personalidad límite** en el DSM-5 empieza por los **trastornos depresivos y bipolares**. El límite se presenta a menudo junto a ellos y, si se cumplen los criterios de ambos, pueden diagnosticarse los dos. Como el cuadro transversal puede parecerse a un episodio depresivo o bipolar, el clínico debe evitar el diagnóstico de límite basado solo en la presentación actual, sin documentar un **inicio temprano** y un **curso de larga evolución**. Después vienen otros trastornos de la personalidad, el cambio de personalidad por otra afección médica, las sustancias y los problemas de identidad.

1 El DSM-5 no incluye los trastornos de ansiedad en el diagnóstico diferencial del límite.

2 Los trastornos del estado de ánimo, hoy repartidos entre los depresivos y los bipolares, encabezan el apartado.

3 El evitativo no figura entre los trastornos de la personalidad que el DSM-5 compara con el límite.

4 El esquizoide tampoco figura en esa comparación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad límite, diagnóstico diferencial, pág. 666.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 206, PIR 2019 · n.º 134

134

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

El trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza por (DSM 5):

1. Un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales.
2. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de sí mismo y en la efectividad y la presencia de una notable impulsividad.
3. Un patrón profundo de déficit sociales e interpersonales caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones interpersonales.
4. Un patrón general de inhibición, hipersensibilidad a la evaluación negativa y sentimientos de inferioridad. ✓

La inhibición social, la hipersensibilidad a la evaluación negativa y los sentimientos de inferioridad definen el trastorno evitativo

El DSM-5 resume el trastorno de la personalidad por evitación, hoy **trastorno de la personalidad evitativa**, como un patrón de **inhibición social**, sentimientos de **inadecuación** e **hipersensibilidad a la evaluación negativa**. La opción 4 lo dice con las palabras de Caballo, que habla de sentimientos de inferioridad. Los distractores son las definiciones de otros tres trastornos de la personalidad con la fórmula del mismo manual: el esquizoide (desapego social y expresión emocional limitada), el límite (inestabilidad y notable impulsividad) y el esquizotípico (déficits sociales con malestar agudo).

1. Describe el trastorno de la personalidad esquizoide.
2. Describe el trastorno de la personalidad límite.
3. Describe el trastorno de la personalidad esquizotípica, aunque le falta la mención de las distorsiones cognitivas o perceptivas y la excentricidad.
4. Es la definición del trastorno de la personalidad evitativa.

PATRÓN QUE DEFINE CADA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EN EL DSM-5

Trastorno de la personalidad	Patrón
Esquizoide	Patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional
Esquizotípica	Patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento
Límite	Patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada
Evitativa	Patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa

Fuente: APA (2014), DSM-5, trastornos de la personalidad, pág. 645

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de la personalidad, pág. 645; trastorno de la personalidad evitativa, pág. 673. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, pág. 448.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 75, PIR 2018 · n.º 143

135

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes características indicaría un buen pronóstico para el trastorno psicótico breve?:

1 Pobre adaptación premórbida.

2 Inicio progresivo de los síntomas.

3 Síntomas afectivos. ✓

4 Desencadenantes leves.

Los síntomas afectivos se asocian a un mejor pronóstico en las psicosis breves

El DSM-5 no da factores pronósticos propios del **trastorno psicótico breve**, así que la pregunta se resuelve por extensión. Al hablar de la proporción de sexos en la esquizofrenia, el manual dice que las definiciones que incluyen **más síntomas del estado de ánimo** y **cuadros breves** se asocian a un **mejor pronóstico**. Belloch añade que en el psicótico breve no son infrecuentes los **síntomas afectivos**, que su pronóstico es en general bueno y que cerca de la mitad de los casos evoluciona hacia trastornos bipolares. Las opciones 1 y 2 son lo contrario de dos características de buen pronóstico del especificador del trastorno esquizofreniforme.

1. El especificador de buen pronóstico del esquizofreniforme incluye lo contrario, un buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad.
2. El mismo especificador incluye la aparición de síntomas psicóticos notables en las primeras 4 semanas, es decir, un inicio rápido.
3. Los síntomas del estado de ánimo se asocian a mejor pronóstico, y Belloch los describe como frecuentes en este trastorno.
4. Ningún manual cita los desencadenantes leves como señal de buen pronóstico. Belloch dice que la esquizofrenia aguda de mejor pronóstico descrita por Langfeldt está a menudo ligada a desencadenantes del cuadro y que en el psicótico breve se aprecia a menudo un desencadenante claro, y el DSM permite especificar el psicótico breve «con factor(es) de estrés notable(s)».

Ojo. La clave se apoya en una inferencia. El DSM-5 asocia los síntomas del estado de ánimo a mejor pronóstico al hablar de la esquizofrenia (pág. 102) y describe el buen pronóstico con un especificador del trastorno esquizofreniforme (pág. 97), pero no da factores pronósticos del trastorno psicótico breve. El DSM-5-TR mantiene las dos frases (págs. 111 y 117).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno esquizofreniforme, pág. 97; esquizofrenia, pág. 102. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 358 y 362.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 123, PIR 2014 · n.º 118

136

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 2

Las personas que padecen esquizofrenia, en comparación con el resto de la población:

1. Tienen un tiempo de reacción (TR) más rápido.
2. Tienen un tiempo de reacción (TR) más lento. ✓
3. Se benefician, en mayor medida, de los intervalos preparatorios (IP) en tareas de tiempo de reacción (TR).
4. No difieren del resto de la población en tareas de tiempo de reacción (tareas simples).

Las personas con esquizofrenia son más lentas en tiempo de reacción y no aprovechan los intervalos preparatorios

Belloch (2008) recoge la teoría del **set segmental** o disposición fragmentada para la respuesta de **Shakow** (1962). El autor parte de experimentos de **tiempo de reacción** en los que se observa sistemáticamente que las personas con esquizofrenia son **más lentas** y, sobre todo, que no se benefician de los **intervalos preparatorios**, es decir, del intervalo entre la señal de aviso y el estímulo. Los sujetos normales mejoran cuando el intervalo es regular porque pueden anticipar y preparar la respuesta. En la esquizofrenia el ajuste preparatorio se dirige a aspectos parciales de la situación, y con intervalos largos su ejecución es incluso peor en las series regulares que en las irregulares, el llamado efecto de entrecruzamiento.

1. En los experimentos de tiempo de reacción las personas con esquizofrenia resultan sistemáticamente más lentas.
2. Es el resultado sistemático de los experimentos de los que parte Shakow.
3. Ocurre lo opuesto, porque no aprovechan la ventaja de los intervalos preparatorios regulares, salvo que sean muy breves.
4. Sí difieren, ya que su ejecución es más lenta que la de los sujetos normales.

> **Ojo.** La 3.ª edición de Belloch (2020, vol. I, cap. 5), Base del tema, ya no recoge la teoría de Shakow; en el corpus solo la explica la 2.ª edición (2008).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 129-130.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia.

137 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de los siguientes aspectos relacionados con el estilo y la actitud que adopta el terapeuta en la Terapia racional emotivo conductual (TREC) (Ellis, 1981; Ellis y Grieger, 1990) resulta más impropio de la TREC:

1. Ser muy activo verbalmente.
2. No fomentar la catarsis.
3. Ser flexible.
4. La "no-directividad". ✓

El terapeuta de la TREC es activo y directivo, así que la no directividad le es impropia

Díaz, Ruiz y Villalobos enumeran los aspectos del **estilo terapéutico** que Ellis destaca en la TREC. El terapeuta ha de **ser activo y directivo**, sobre todo con pacientes que muestran gran resistencia o un alto grado de trastorno emocional, porque corregir creencias irracionales muy arraigadas exige mucha actividad y directividad. Debe ser **verbalmente muy activo**, didáctico, promover cambios en la filosofía de vida, **no fomentar la catarsis** y **ser flexible**. La no directividad contradice el primero de esos rasgos.

1. Ser verbalmente muy activo es un rasgo del estilo, porque la terapia se dedica en buena parte a la discusión y el debate de creencias.
2. No fomentar la catarsis forma parte del estilo, ya que alivia en el momento pero a medio y largo plazo puede reforzar las creencias irracionales.
3. Ser flexible es un requisito para el terapeuta racional emotivo, porque la flexibilidad y el carácter antidogmático son premisas básicas de la TREC.
4. La no directividad choca con el estilo activo y directivo que pide Ellis.

Trampa. En las preguntas sobre el estilo del terapeuta conviene recordar qué terapias son directivas (TREC, terapia cognitiva) y cuál es la no directiva por excelencia, la centrada en el cliente de Rogers.

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 (Terapia racional emotiva conductual), apdo. 4.3.1, pág. 355.

EN EL ATLAS: Tema F18 · Terapia Racional Emotiva Conductual. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

138

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de los siguientes componentes NO forma parte de la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT) para el tratamiento de los pacientes que han sufrido maltrato infantil:

1. Narrativa traumática.
2. Desensibilización sistemática en imaginación. ✓
3. Relajación.
4. Sesiones conjuntas padres e hijos.

La desensibilización sistemática en imaginación no figura entre los componentes PRACTICE de la TCC centrada en el trauma

La **TCC centrada en el trauma** de Cohen para menores víctimas de maltrato o abuso sexual se organiza en tres fases y en los componentes del acrónimo **PRACTICA** (PRACTICE). La primera fase estabiliza las reacciones emocionales y las cogniciones negativas con psicoeducación y habilidades parentales, **relajación**, regulación afectiva y reestructuración cognitiva. La segunda se centra en la **narración del trauma**, una exposición gradual al recuerdo traumático. La tercera incluye la **exposición en vivo** a los estímulos evitados y vinculados al trauma, las **sesiones conjuntas padres-hijos** y el aumento de la seguridad. Ningún componente es una desensibilización sistemática en imaginación.

1. La narración del trauma es la fase central, la exposición gradual al recuerdo traumático para favorecer su reprocesamiento.
2. Es el componente ajeno al programa, cuya exposición a los estímulos evitados se hace en vivo.
3. La relajación es la R del acrónimo y da estrategias para controlar la hiperactivación, como la respiración y la relajación muscular progresiva.
4. Las sesiones conjuntas padres-hijos son la segunda C del acrónimo y buscan mejorar la comunicación y hablar conjuntamente sobre el trauma.

TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LA TCC-CT DE COHEN Y SUS COMPONENTES

Estrategias transversales	Fases	Acrónimo	Técnicas	Objetivos
Habilidades parentales y exposición gradual	Estabilización	P	Psicoeducación y habilidades parentales	Proporcionar a los niños, adolescentes y padres información sobre el trauma. Adquirir habilidades parentales de crianza positivos para el manejo de conductas negativas de los menores y favorecer la recuperación
Habilidades parentales y exposición gradual	Estabilización	R	Relajación	Proporcionar estrategias para el control de la hiperactivación: respiración, relajación muscular progresiva
Habilidades parentales y exposición gradual	Estabilización	A	Regulación Afectiva	Identificación y gestión de emociones desagradables
Habilidades parentales y exposición gradual	Estabilización	C	Reestructuración Cognitiva	Identificación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Detección de pensamientos automáticos negativos y modificación (en los menores no vinculados con el trauma)
Habilidades parentales y exposición gradual	Narración del trauma	T	Exposición al recuerdo Traumático	Exposición gradual al evento traumático y reprocesamiento del trauma
Habilidades parentales y exposición gradual	Integración y consolidación de cambios	I	Exposición In vivo	Exposición a estímulos evitados y vinculados al trauma
Habilidades parentales y exposición gradual	Integración y consolidación de cambios	C	Sesiones Conjuntas padres-hijos	Mejora de la comunicación y relación paterno-filial. Hablar conjuntamente sobre el trauma
Habilidades parentales y exposición gradual	Integración y consolidación de cambios	A	Aumento de la seguridad y el desarrollo futuro	Entrenamiento en habilidades para favorecer la seguridad y prevención de recaídas

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 8, tabla 6, pág. 367. Las celdas de las estrategias transversales y de las fases están combinadas en el original y aquí se repiten en cada fila.

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. 8, págs. 366-367 (tabla 6) y 374-376.

EN EL ATLAS

Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

139

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Señale el trastorno de personalidad en el que las ideas paranoides NO aparecen como posible criterio de diagnóstico (DSM 5):

1 Límite.

2 Esquizoide. ✓

3 Esquizotípico.

4 Paranoide.

El trastorno de la personalidad esquizoide no incluye ideas paranoides entre sus criterios

Tres de los cuatro trastornos tienen la **ideación paranoide** entre sus criterios del DSM-5. En el **límite** es el criterio 9, ideas paranoides **transitorias** relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. En el **esquizotípico** es el criterio A5, suspicacia o ideas paranoides, y el **paranoide** se define por la desconfianza y la suspicacia intensa. El **esquizoide** no la incluye, y el DSM-5 lo distingue del paranoide por la falta de suspicacia y de ideación paranoide.

1. El criterio 9 del límite son las ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés.
2. Ninguno de sus siete criterios alude a ideas paranoides.
3. El criterio A5 del esquizotípico es la suspicacia o las ideas paranoides.
4. El paranoide se define por una desconfianza y suspicacia intensa, de modo que los motivos de los demás se interpretan como malévolos.

> **Para fijarlo.** En el límite las ideas paranoides aparecen con el estrés y duran minutos u horas; en el esquizotípico los síntomas de tipo psicótico son más persistentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de la personalidad paranoide, pág. 649; esquizoide, págs. 652-653 y 655; esquizotípica, pág. 655; límite, págs. 663-664 y 666.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 54, PIR 2015 · n.º 206

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes trastornos de personalidad cuenta con tratamientos más avalados por la investigación:

1 Obsesivo-compulsivo.

2 Paranoide.

3 Límite. ✓

4 Esquizotípico.

El trastorno de la personalidad límite es el que cuenta con más tratamientos avalados por la investigación

Fonseca recoge que los últimos años han fortalecido algunas terapias y han traído nuevos protocolos de actuación, **especialmente referidos al TP límite**. La **terapia dialéctica conductual** se diseñó específicamente para este trastorno y en la última década acumula estudios de la máxima calidad en él, y la terapia basada en la mentalización también reúne su evidencia en el TP límite. La Guía de tratamientos eficaces llegaba a la misma conclusión con un panorama más pesimista, porque solo la terapia dialéctica y la terapia de conducta alcanzaban la **eficacia probable**, y únicamente en el TP límite. Añade que es, con mucha diferencia, el trastorno de la personalidad al que más esfuerzos se han dedicado.

1 Según la Guía, salvo el límite y el evitativo, los trastornos de la personalidad apenas han recibido atención investigadora, y sus tratamientos solo pueden calificarse como en fase experimental.

2 El trastorno paranoide entra en ese mismo grupo de trastornos con escasos estudios sobre sus tratamientos.

3 Es el trastorno en que se concentran los tratamientos con más evidencia, como la terapia dialéctica conductual.

4 El esquizotípico tampoco cuenta con tratamientos que superen la fase experimental en la revisión de la Guía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 555-556 y 559 (tabla 19.4). Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 16, apdo. de conclusiones (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

141

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B13 · Trastorno adaptativo

Respuesta correcta: 3

El diagnóstico de Trastorno adaptativo (DSM 5) exige que:

1. Los síntomas aparezcan después de 3 meses del inicio del factor estresante.
2. La duración de los síntomas no sea inferior a 6 meses.
3. Los síntomas no perduren más de 6 meses una vez finalice el factor estresante o sus consecuencias. ✓
4. Los síntomas aparezcan casi todos los días, existiendo más días con síntomas que sin ellos.

El trastorno de adaptación no puede durar más de 6 meses después de que termine el estrés

El DSM-5 pone dos límites temporales al **trastorno de adaptación**. Por el **criterio A**, los síntomas deben aparecer en los **3 meses siguientes** al inicio del factor de estrés. Por el **criterio E**, una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros **6 meses**. No hay una duración mínima ni se exige que los síntomas estén presentes casi a diario. Si duran más de 6 meses es porque persisten el estresor o sus consecuencias, y entonces se usa el especificador persistente (crónico).

1. Los síntomas deben aparecer dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estrés (criterio A). Un inicio posterior lleva a otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.
2. No hay duración mínima. Los 6 meses marcan el límite tras el final del estrés y la frontera entre los especificadores agudo y persistente.
3. Es el criterio E.
4. La exigencia de síntomas casi todos los días no aparece en los criterios del trastorno de adaptación.

Para fijarlo. Tres meses para empezar y seis para irse cuando el estrés termina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de adaptación, págs. 286-287 y 289.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 78, PIR 2025 · n.º 125

142

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes opciones recoge los síntomas que, en general, resultan nucleares (por ser similares) tanto en las personas con adicciones a sustancias como en las personas afectadas de las así denominadas “nuevas adicciones” conductuales:

1. Dependencia psicológica y tolerancia, pero no abstinencia.
2. Dependencia psicológica, tolerancia y abstinencia. ✓
3. Tolerancia y abstinencia, pero no dependencia psicológica.
4. Dependencia psicológica y abstinencia, pero no tolerancia.

Las adicciones conductuales comparten con las de sustancias la dependencia psicológica, la tolerancia y la abstinencia

Caballo y colaboradores parten de que las **adicciones conductuales** no producen los mismos cambios fisiológicos a corto plazo ni el deterioro orgánico a largo plazo de las adicciones a sustancias. Aun así, establecen varios **síntomas nucleares** derivados de las similitudes con ellas. Son la pérdida de control sobre la conducta, la **dependencia psicológica**, que es el impulso (craving) o deseo de realizar la conducta, la **tolerancia**, que es la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a la actividad adictiva, la **abstinencia**, con alteraciones del humor, irritación, impaciencia, inquietud o angustia al reducir o interrumpir la actividad, y los efectos perjudiciales graves en lo personal, social y laboral.

1. Deja fuera la abstinencia, que el manual sí incluye entre los síntomas nucleares.
2. Recoge los tres síntomas comunes que pregunta el enunciado.
3. Excluye la dependencia psicológica, que el manual define como el impulso o craving de realizar la conducta.
4. Excluye la tolerancia, definida como la necesidad de incrementar progresivamente el tiempo dedicado a la actividad adictiva.

Ojo. Belloch (2020, vol. I, cap. 16), Base del tema, da la misma idea para el trastorno de juego y el de juego por internet, cuyos síntomas clínicos (tolerancia, síndrome de abstinencia, craving, dificultad para controlar la conducta) son similares a los de las adicciones a sustancias (págs. 516 y 536).

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. 20, págs. 643-644. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 516 y 536.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

143

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

El trastorno esquizoide de la personalidad (DSM 5) se caracteriza principalmente por:

1. Sospechas y desconfianzas profundas e infundadas hacia los demás.
2. Un patrón consciente de desconsideración y violación de los derechos de los demás.
3. Un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales. ✓
4. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales y la presencia de una notable impulsividad.

El desapego social con una expresión emocional limitada caracteriza al trastorno esquizoide

La característica esencial del **trastorno de la personalidad esquizoide** en el DSM-5 es un patrón general de **distanciamiento de las relaciones sociales** y una **gama restringida de expresión de las emociones** en situaciones interpersonales, que comienza en la edad adulta y está presente en diversos contextos. La opción 3 lo formula con las palabras de Caballo, que habla de desapego social. Los distractores describen el **paranoide** (sospechas infundadas), el **antisocial** (desprecio y violación de los derechos de los demás) y el **límite** (inestabilidad y notable impulsividad).

1. Describe el trastorno de la personalidad paranoide.
2. Describe el trastorno de la personalidad antisocial.
3. Es la característica esencial del esquizoide.
4. Describe el trastorno de la personalidad límite.

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, 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 2017 · n.º 77, PIR 2018 · n.º 134

Anulada

La tricotilomanía:

1. No plantea problemas de diagnóstico diferencial con enfermedades dermatológicas.
2. Muestra tasas de comorbilidad altas con el abuso de sustancias.
3. Es más frecuente en la población adulta que en la infancia.
4. Cuando se presenta de forma tardía, en la edad adulta, tiene mejor pronóstico que cuando aparece en la infancia.

La comorbilidad de la tricotilomanía con el abuso de sustancias no la recoge el DSM-5

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. Caballo afirma que la **tricotilomanía** muestra tasas muy altas de comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y el **abuso de sustancias**. El DSM-5, en cambio, dice que suele acompañarse del **trastorno depresivo mayor** y del **trastorno de excoriación**, y que las sustancias pueden exacerbar el arrancamiento, aunque es menos probable que sean su causa primaria. Con dos fuentes que no coinciden, la opción 2 no tenía un apoyo seguro.

1. Según Caballo, el diagnóstico diferencial con las enfermedades dermatológicas es la principal dificultad, y el DSM-5 propone la biopsia o la dermatoscopia para hacerlo.
2. Clave provisional. Caballo la sostiene, pero el DSM-5 cita como comorbilidad habitual la depresión mayor y la excoriación, y no el abuso de sustancias.
3. Caballo da una prevalencia en torno al 0,6 % en la población general y del 1-2 % en la infantil.
4. Caballo dice que los casos de aparición temprana tienen mejor pronóstico y que los tardíos tienden a cronificarse.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene la comorbilidad con la depresión mayor y la excoriación (pág. 284) y matiza la proporción por sexo: 10:1 o más en muestras clínicas y cerca de 2:1 en las comunitarias (pág. 283).

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. 18, pág. 545. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Tricotilomanía, págs. 252-254.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 74, PIR 2023 · n.º 70

145

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 2

Señale en cuál de las siguientes intervenciones, El Mindfulness tiene un papel menos relevante:

1. Terapia de aceptación y compromiso.
2. Terapia de activación conductual. ✓
3. Terapia comportamental dialéctica (o dialéctico conductual)
4. Terapia cognitiva basada en Mindfulness para la depresión.

En la activación conductual el eje es activar conductas reforzantes, y el mindfulness pesa menos que en ACT, TDC o MBCT

La **activación conductual** se organiza en torno a un proceso estructurado de **incremento de conductas abiertas** que pone a la persona en contacto con contingencias ambientales reforzantes, de modo que mejoren después los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida. Sus raíces están en los modelos conductuales de la depresión de Ferster y Lewinsohn, y el **análisis funcional** guía siempre el cambio conductual. En la ACT, la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitiva basada en mindfulness, en cambio, la atención plena forma parte del núcleo del tratamiento. Por eso la activación conductual es la opción en la que el mindfulness tiene un papel menos relevante.

1. La ACT busca la flexibilidad psicológica con procesos como la aceptación y el mindfulness y el contacto con el momento presente.
2. Su núcleo es la activación de conductas reforzantes guiada por el análisis funcional, y la atención plena tiene un papel secundario.
3. La terapia dialéctica conductual incluye el mindfulness entre las habilidades de su componente grupal, junto a la eficacia interpersonal, la regulación emocional y la tolerancia al malestar.
4. La terapia cognitiva basada en mindfulness lleva la atención plena en su propio nombre y la usa como herramienta central para prevenir recaídas en la depresión.

Ojo. La pregunta pide una comparación de grado, y la clave se sostiene. Aun así, Díaz y Ruiz señalan que la activación conductual coincide con otras terapias de tercera generación en la importancia que concede a los valores, la aceptación y la atención plena (pág. 591), y Vallejo (2023, vol. I, cap. 2, pág. 52) cita la activación conductual entre las terapias que tienen el mindfulness como componente.

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 (Terapias de tercera generación), págs. 556, 563 y 590-591; cap. 10 (Mindfulness), págs. 526-527. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, tabla 19.1, pág. 556. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 2, pág. 52.

EN EL ATLAS

Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 118

146 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 4

En el contexto de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y para explicar sus fundamentos, se utiliza la metáfora de un edificio. Dicho edificio metafórico tendría tres plantas. Debajo de todo ello, habría además unos cimientos (donde se encontraría el paradigma filosófico de base). Señale cuál de las siguientes opciones hace referencia a dichos cimientos:

1. La Teoría de los marcos relacionales.
2. El Análisis conductual aplicado.
3. El Análisis funcional de la conducta.
4. El Contextualismo funcional. ✓

Los cimientos del edificio de la ACT son el contextualismo funcional

Díaz y Ruiz explican la fundamentación teórica y filosófica de la ACT con la **metáfora del edificio** (the house of ACT). En la última planta está el desarrollo específico de la ACT como terapia. Una planta más abajo, la **teoría de los marcos relacionales**. La planta baja la ocupa el **análisis conductual aplicado** y su análisis funcional, que proporciona el entramado para formular los casos. Los **cimientos** los constituye el paradigma del **contextualismo funcional**, la filosofía de la ciencia que aporta a la ACT los objetivos de predicción e influencia sobre la conducta.

1. La teoría de los marcos relacionales ocupa la planta inmediatamente inferior a la de la ACT como terapia.
2. El análisis conductual aplicado está en la planta baja del edificio.
3. El análisis funcional acompaña al análisis conductual aplicado en la planta baja y sirve para formular los casos.
4. El contextualismo funcional forma los cimientos del edificio.

Ojo. Fonseca, Base del tema, describe la ACT con otra metáfora, la del árbol de Luciano (2016), en la que la raíz es también el contextualismo funcional (cap. 5, pág. 176).

Para fijarlo. De arriba abajo, ACT, marcos relacionales, análisis conductual aplicado y, en los cimientos, contextualismo funcional.

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 (Terapias de tercera generación), pág. 557. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, pág. 176.

EN EL ATLAS

Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso y terapias contextuales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

147 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 2

En las así denominadas "adicciones hiperfágicas", NO constituye una de las características fundamentales (Alonso-Fernández, 2003):

1. La ingesta voraz.
2. Comer grandes cantidades de alimento cuando se tiene hambre física. ✓
3. Continuar comiendo hasta sentir una sensación de plenitud desagradable.
4. Sentirse culpable y/o desolado tras la sobreingesta.

En las adicciones hiperfágicas se come mucho sin sentir hambre física

Caballo y colaboradores (2014) incluyen la **adicción a la comida** entre las nuevas adicciones. Señalan que muchas personas obesas responden a las llamadas **adicciones hiperfágicas**, que se caracterizan por cuatro criterios fundamentales según Alonso-Fernández (2003). Son la **ingesta voraz**, mucho más rápida de lo normal, comer grandes cantidades de alimento **sin sentir hambre física**, continuar comiendo hasta sentir una **plenitud desagradable** y sentirse culpable o desolado tras la sobreingesta. La opción 2 invierte el segundo criterio.

1. La ingesta voraz, mucho más rápida de lo normal, es el primer criterio.
2. Cambia el criterio, que habla de comer grandes cantidades sin sentir hambre física.
3. Seguir comiendo hasta una plenitud desagradable es el tercer criterio.
4. Sentirse culpable o desolado tras la sobreingesta es el cuarto criterio.

Ojo. La 3.ª edición del manual (Caballo, 2024), Consulta del tema, solo menciona la adicción a la comida en la lista de adicciones conductuales (cap. 20, pág. 638) y ya no recoge los criterios de Alonso-Fernández. El dato está en la 2.ª edición (2014).

Trampa. La opción incorrecta cambia una sola palabra de un criterio verdadero. Los mismos rasgos aparecen en los criterios de los atracones del DSM-5-TR («comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente», pág. 393).

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. 20, pág. 589. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 20, pág. 638. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de atracones, pág. 393.

EN EL ATLAS: Tema B7 · Adicciones comportamentales.

148 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 4

Respecto de los menores afectados psicológicamente por haber sido abusados sexualmente, cabe afirmar lo siguiente:

1. La terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-CBT) consigue efectos semejantes a la terapia de apoyo no directiva.
2. La intervención con terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-CBT) reduce síntomas pero no proporciona recursos y capacidades personales.
3. La evidencia actual muestra que las prácticas de atención plena están contraindicadas.
4. La sensación de "salir del cuerpo" o no sentir partes del mismo constituyen formas de disociación en estos pacientes. ✓

Sentir que se sale del cuerpo o no sentir partes de él son formas de disociación en los niños abusados

Comeche y Vallejo describen la **disociación** como una disrupción de las funciones normalmente integradas de la consciencia, la identidad, la memoria o la percepción, ligada a experiencias que provocan temor intenso. Los niños que han sufrido abuso sexual pueden presentar **síntomas disociativos** como parte de un TEPT o por un apego desorganizado o evitativo. Además de los estados de trance, las conductas fluctuantes, los olvidos o los amigos imaginarios, **la sensación de salir del cuerpo, no sentirse real o no sentir partes del cuerpo** son otras formas habituales de disociación en niños.

1. Los estudios del grupo de Cohen hallaron que la TCC focalizada en el trauma fue superior a la terapia de apoyo no directiva, con cambios duraderos en depresión, ansiedad, TEPT y síntomas disociativos.
2. La TCC centrada en el trauma incluye el entrenamiento en relajación, regulación afectiva, afrontamiento cognitivo y habilidades para favorecer la seguridad.
3. El manual recomienda la atención plena o mindfulness entre las técnicas de desactivación para los menores víctimas de violencia, maltrato o abuso.
4. Es la descripción del manual de las formas habituales de disociación en niños.

Ojo. La 4.ª edición (Vallejo y Rodríguez, 2022), Ampliación del tema, menciona el manejo de los síntomas disociativos, pero ya no describe sus formas; el texto está en la 3.ª edición (2016).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, págs. 307, 316 y 323. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, págs. 367 y 372.

EN EL ATLAS

Tema C31. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

149

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

El paquete terapéutico de Fairburn para la bulimia incluye tres fases. Identifique la que NO pertenece al mismo:

1. Trabajo en imaginación para la aceptación de la imagen corporal. ✓
2. Presentación del modelo cognitivo de mantenimiento de la bulimia.
3. Establecimiento y mantenimiento de hábitos de alimentación saludable.
4. Asentamiento de cambios y prevención de recaídas.

El programa de Fairburn para la bulimia no incluye trabajo en imaginación sobre la imagen corporal

La Guía de tratamientos eficaces presenta el programa de **Fairburn, Marcus y Wilson (1993)** como el tratamiento bien establecido para la bulimia nerviosa. Dura 20 sesiones repartidas en **tres fases**. La primera presenta el **modelo cognitivo de mantenimiento** de la bulimia y usa técnicas conductuales para sustituir los atracones por patrones de alimentación más estables. La segunda mantiene el **establecimiento de hábitos de alimentación saludables** y añade la reestructuración cognitiva. La tercera se orienta al **mantenimiento de los cambios y la prevención de recaídas**. El trabajo en imaginación sobre la imagen corporal no forma parte de ninguna fase.

1. Es la única opción que no aparece entre las tres fases del programa.
2. La presentación del modelo cognitivo de mantenimiento es el objetivo de la primera fase, sesiones 1 a 8.
3. Establecer y mantener hábitos de alimentación saludables, con especial énfasis en suprimir las dietas, corresponde a la segunda fase, sesiones 9 a 16.
4. El mantenimiento de los cambios y la prevención de la recaída ocupan la tercera fase, sesiones 17 a 19.

Ojo. Fonseca Adultos, Base del tema, no describe las fases del programa de 1993. La versión mejorada posterior de Fairburn (TCC-M) tiene cuatro fases (Fonseca I/A, cap. 13, tabla 13.2, pág. 383).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 4, apdo. 4.1 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.2, pág. 383.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

150

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 4

¿Qué clase de fármaco es la quetiapina?:

1 Un benzodiacepina.

2 Un ansiolítico.

3 Un antidepresivo.

4 Un antipsicótico. ✓

La quetiapina es un antipsicótico atípico

Stahl agrupa los **antipsicóticos de segunda generación o atípicos** como fármacos que combinan el antagonismo D2 con el antagonismo de la serotonina 5HT2A, y prefiere llamarlos antagonistas 5HT2A/D2 con propiedades antipsicóticas. La **quetiapina** pertenece a las «pinas», junto a la clozapina, la olanzapina, la asenapina y la zotepina, que se unen con mucha más potencia al receptor 5HT2A que al D2. Es por tanto un **antipsicótico**, aunque Stahl subraya que se prescribe también para otras indicaciones según la dosis.

1. No es una benzodiacepina. Stahl la clasifica entre los antagonistas 5HT2A/D2, los antipsicóticos atípicos.
2. Se usa a veces para la ansiedad, pero su clase farmacológica es la de los antipsicóticos atípicos.
3. Tiene efectos antidepresivos a dosis intermedias y está aprobada para la depresión bipolar, pero pertenece a la clase de los antipsicóticos.
4. Es su clase farmacológica, la de los antipsicóticos de segunda generación.

Ojo. Stahl explica que la quetiapina se receta a menudo para indicaciones distintas de la psicosis, como hipnótico (unos 50 mg), antidepresivo (unos 300 mg) o ansiolítico, y que está aprobada para la depresión bipolar y para potenciar los ISRS/IRSN en la depresión unipolar (págs. 227-230). La pregunta pide su clase, y esa es la de los antipsicóticos.

Para fijarlo. Las «pinas» de Stahl (clozapina, olanzapina, quetiapina) son atípicas porque se unen más al receptor 5HT2A que al D2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5 (Actuación para la psicosis), págs. 183, 206 y 227-230.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

151

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

En el marco de la Terapia Cognitiva de Ehlers y Clark (2000) para el trastorno de estrés postraumático, señale cuál de los siguientes no constituye un objetivo para dicha terapia :

1 Modificar la interpretación negativa del trauma.

2 Modificar las conductas disfuncionales.

3 Integrar los recuerdos traumáticos.

4 Reemplazar las pesadillas relacionadas con el trauma por sueños más benignos. ✓

La terapia cognitiva de Ehlers y Clark no se propone cambiar las pesadillas por sueños benignos

La **terapia cognitiva para el TEPT** de **Ehlers y Clark** (2000, 2010) parte de su modelo cognitivo, y sus **tres objetivos** se dirigen a las tres claves con que el modelo explica el trastorno. Son **modificar las valoraciones negativas** del trauma y sus secuelas, **elaborar las memorias traumáticas** y **abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales**. Aporta un procedimiento propio, la actualización de las memorias traumáticas, para cambiar los significados que causan más dolor. Sustituir las pesadillas por sueños más benignos es el objetivo de otra intervención, la terapia de ensayo en imaginación.

1 Modificar las valoraciones negativas del trauma y sus secuelas es el primero de sus tres objetivos.

2 Abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales es el tercer objetivo.

3 La elaboración de las memorias traumáticas es el segundo objetivo.

4 Cambiar el guion de las pesadillas durante la vigilia es propio de la terapia de ensayo o repaso en imaginación, una de las principales intervenciones para las pesadillas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 10 (Trastorno de estrés postraumático, Mas Hesse), pág. 556. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 14, pág. 418.

EN EL ATLAS

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

152

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 2

Señale la opción INCORRECTA en el marco de la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y Schnicke (1993) para el trastorno de estrés postraumático:

1. Utiliza la exposición al trauma a través de la escritura y lectura de la experiencia traumática.
2. Tiene como objetivo principal la habituación del miedo ante el recuerdo traumático. ✓
3. Pretende modificar los esquemas cognitivos desadaptativos y las emociones secundarias como culpa y desesperanza.
4. Se focaliza mayoritariamente en el momento presente y no en la experiencia pasada.

La habituación del miedo no es el objetivo principal de la terapia de procesamiento cognitivo

La **terapia de procesamiento cognitivo** de Resick y Schnicke integra la terapia cognitiva tradicional con la teoría del procesamiento de la información. Se dirige a los **puntos de estancamiento**, pensamientos fruto de una interpretación distorsionada del trauma, cuestiona las creencias básicas desadaptativas y atiende a las **emociones secundarias**, como la culpa. Su exposición consiste en **escribir** la experiencia de forma detallada y después **leerla**, y está dirigida especialmente al afecto y al conflicto con las creencias previas. Al estudiar sus componentes, el **componente activo** resultó ser el cambio cognitivo del significado del recuerdo, así que el objetivo principal no es la habituación del miedo.

1. La exposición se hace escribiendo la experiencia de forma detallada y leyéndola después en voz alta.
2. Es la afirmación incorrecta, porque el objetivo es cambiar el significado del trauma y no habituar el miedo.
3. Cuestiona las creencias básicas desadaptativas y atiende a las emociones secundarias, y Fonseca la describe como una intervención predominantemente cognitiva para personas con TEPT y sentimientos de culpa.
4. Trabaja sobre los puntos de estancamiento y sobre cómo el trauma ha modelado las creencias actuales sobre uno mismo, los demás y el mundo.

Ojo. Ningún manual del corpus dice con estas palabras que la TPC se focalice sobre todo en el presente; la opción 4 se descarta por cómo describen el trabajo con los puntos de estancamiento y las creencias actuales (Fonseca, pág. 416).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 10 (Trastorno de estrés postraumático, Mas Hesse), págs. 554-555. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 415-416. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 11, págs. 560-561.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 127

153

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes opciones es correcta respecto de la exposición en vivo como tratamiento para la agorafobia?:

1. Durante las sesiones de exposición es contraproducente que el paciente abandone la situación temporalmente.
2. Para que sea realmente efectiva una tarea de exposición, la ansiedad debe bajar a cero Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA).
3. La frecuencia y la duración de las sesiones de exposición no influyen en la eficacia de la técnica.
4. Aunque un familiar o el propio terapeuta acompañen al paciente en las primeras sesiones de exposición, la eficacia del tratamiento no se ve reducida. ✓

Que un familiar o el terapeuta acompañen al paciente no resta eficacia a la exposición en vivo

La Guía de tratamientos eficaces recoge las conclusiones de los estudios sobre las características de la **exposición en vivo** en la agorafobia. Las tres variantes más investigadas **no difieren en eficacia**, y una de ellas, la **práctica programada**, sustituye la asistencia del terapeuta por la del cónyuge o un amigo. Que el compañero ayude durante la exposición no es más eficaz, aunque puede reducir los abandonos, y que el terapeuta acompañe al paciente da un beneficio a corto plazo que luego iguala la autoexposición. Permitir un **escape temporal** es tan eficaz como permanecer, siempre que el paciente retorne una vez tranquilizado, y no hace falta esperar a una ansiedad mínima en un ítem antes de pasar al siguiente.

1. Dejar que el paciente escape cuando está excesivamente ansioso es tan eficaz como permanecer en la situación, siempre que vuelva a ella una vez tranquilizado.
2. No es necesario esperar a una ansiedad mínima para pasar al siguiente ítem, y tampoco está claro que convenga minimizar la ansiedad durante la exposición.
3. No está claro si es mejor una periodicidad diaria o semanal, pero los pacientes que más y mejor cumplen la autoexposición tienden a mejorar más.
4. Coincide con la equivalencia entre variantes y con el dato de que la ayuda del compañero o el acompañamiento del terapeuta no cambian el resultado final.

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. 9 (agorafobia), apdos. 1 y 2 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

154 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

El tratamiento del Control del Pánico (TCP) de Barlow se diferencia de la Terapia Cognitiva de Clark en que:

1. No incluye el componente cognitivo.
2. Pone más énfasis en el componente de exposición interoceptiva. ✓
3. No incorpora un componente de relajación.
4. Es un programa estructurado y está manualizado.

El programa de Barlow insiste más en la exposición interoceptiva que la terapia cognitiva de Clark

Vallejo y Vallejo-Slocker señalan que los dos protocolos con más evidencia para el trastorno de pánico son la **terapia cognitiva de Clark** y el **tratamiento para el control del pánico de Barlow**, y que en la práctica resultan muy similares porque sus procedimientos son esencialmente los mismos. La diferencia más notable es que el programa de Barlow **insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas**, mientras que el de Clark pone un **mayor énfasis en la detección y reestructuración de las cogniciones catastrofistas**. El programa de Barlow combina educación, entrenamiento en respiración, reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva y en vivo, y da una importancia central a exponer al paciente de forma sistematizada a sensaciones interoceptivas.

1. Incluye reestructuración cognitiva dirigida a las creencias erróneas sobre las crisis y a la sobrestimación de la amenaza.
2. Es la diferencia más notable entre ambos programas según el manual.
3. En sus últimas versiones incluye el reentrenamiento en respiración, que sustituyó a la relajación progresiva, y el programa de Clark también usa ejercicios como la respiración lenta.
4. Ambos son protocolos estructurados con amplio apoyo empírico, así que la manualización no los distingue.

Ojo. La opción 3 tiene un matiz. Las últimas versiones del programa de Barlow sustituyeron el entrenamiento en relajación progresiva por el reentrenamiento en respiración (pág. 401), pero eso no lo diferencia del programa de Clark, que también incluye la respiración lenta (pág. 400).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), págs. 397 y 400-401.

EN EL ATLAS

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

155 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento de la fobia social, la Terapia Cognitivo-Conductual Comprensiva de Davidson et al. (2004) se diferencia de la terapia cognitivo-conductual en grupo de Heimberg et al. (1998) en que:

1 Se aplica en formato individual.

2 No utiliza la exposición en vivo.

3 Incluye un entrenamiento en habilidades sociales. ✓

4 No utiliza la reestructuración cognitiva.

La TCC comprensiva de Davidson añade el entrenamiento en habilidades sociales a la TCC en grupo de Heimberg

Vallejo y Vallejo-Slocker describen la **terapia cognitivo conductual comprensiva** (TCCC) de **Davidson et al. (2004)**, que se deriva en parte de la **TCC en grupo** de Heimberg. Se diferencia de ella, principalmente, porque **incluye el entrenamiento en habilidades sociales** (EHS), sus representaciones de papeles son más cortas y tiene dos sesiones más. En resumen, la TCCC combina la **exposición en vivo**, la **reestructuración cognitiva** según Beck y el EHS en 14 sesiones de grupo.

1 Las dos se aplican en grupo; la TCCC tiene 14 sesiones de grupo.

2 La TCCC combina la exposición en vivo con la reestructuración y el EHS.

3 Es la diferencia principal que señala el manual.

4 La TCCC utiliza la reestructuración cognitiva según Beck.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad social, Caballo y Salazar), págs. 323-324.

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

Respuesta correcta: 1

En el programa de tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social de Heimberg et. al (1998):

1. Se empieza tratando los aspectos cognitivos y posteriormente se introduce la exposición progresiva. ✓
2. Se incluye un módulo específico de entrenamiento en habilidades sociales.
3. Se base principalmente en los aspectos conductuales y no introduce técnicas cognitivas.
4. Las sesiones grupales tienen una duración de 1 hora.

La TCC en grupo de Heimberg empieza con técnicas cognitivas y después introduce la exposición gradual

La **TCC en grupo** (TCCG) de **Heimberg** fue durante muchos años el tratamiento de referencia para la ansiedad social en los países angloparlantes. La llevan a cabo dos terapeutas en **12 sesiones semanales de dos horas y media**, con grupos de cuatro a seis participantes. Las **dos primeras sesiones** se dedican a enseñar a identificar los pensamientos automáticos, su covariación con la ansiedad, a debatir los errores de lógica y a formular alternativas más racionales. **Posteriormente**, los pacientes deben enfrentarse **gradualmente** a las situaciones temidas, primero en la sesión y luego en la vida real, usando esas habilidades cognitivas.

1. Coincide con la secuencia que describe el manual.
2. El módulo de entrenamiento en habilidades sociales es lo que añade la TCC comprensiva de Davidson.
3. Combina técnicas cognitivas y exposición; la reestructuración cognitiva ocupa las primeras sesiones y acompaña a la exposición.
4. Las sesiones duran dos horas y media.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad social, Caballo y Salazar), págs. 323-324.

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

157 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según el modelo conductual de Lewinsohn, la depresión se caracteriza fundamentalmente por:

1 Una baja tasa de reforzamiento positivo, en general.

2 Una baja tasa de reforzamiento positivo contingente con la conducta. ✓

3 Una alta tasa de reforzamiento negativo.

4 Un déficit en el repertorio conductual de la persona.

Para Lewinsohn la depresión es una respuesta a la falta de refuerzos positivos contingentes a la conducta

Belloch (2008) explica que, para **Lewinsohn**, la depresión es una respuesta a la **pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta**. Un reforzamiento insuficiente en los dominios vitales importantes llevaría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción del número de conductas, los fenómenos primarios de la depresión. Esa falta de refuerzo puede deberse a un ambiente que no lo proporciona, a la falta de **habilidades sociales** para obtenerlo o a la incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles. Penadés lo resume igual y añade que Lewinsohn considera la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes a la conducta como **causa suficiente** de la depresión.

1 Le falta el matiz que define el modelo, que el refuerzo escaso es el contingente a la conducta de la persona.

2 Recoge la formulación del manual, refuerzo positivo contingente a la conducta.

3 El reforzamiento negativo aparece en el modelo de Ferster para explicar conductas de evitación, como quedarse en la cama, y no es el núcleo de la teoría de Lewinsohn.

4 El déficit de habilidades sociales es una de las causas posibles de la falta de refuerzo, pero lo que caracteriza la depresión es la baja tasa de reforzamiento contingente.

Ojo. La 3.ª edición de Belloch (2020, vol. II, cap. 6, págs. 216-218), Base del tema, presenta la teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn a través de los déficits de habilidades sociales, de solución de problemas y de autocontrol, que llevan a una pérdida o falta de refuerzos positivos como causa próxima, pero no usa la palabra «contingente».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 276. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 415. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218.

EN EL ATLAS

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

158 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

En la terapia cognitivo-conductual para las psicosis “la fijación de objetivos o agenda” y “la identificación de factores que aumentan la ansiedad o la desorganización del pensamiento”, tiene como finalidad:

1 Modificar los esquemas cognitivos.

2 Construir habilidades para prevenir recaídas.

3 Mejorar la adherencia al tratamiento.

4 Abordar los problemas de concentración. ✓

La agenda y los factores que desorganizan el pensamiento sirven para abordar los problemas de concentración

Vallejo (2012) enumera los pasos que comparten las **TCC para la psicosis**. Tras formular el caso, modificar pensamientos automáticos, implementar estrategias conductuales y modificar esquemas, el séptimo paso es **abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento**, mediante la **fijación de objetivos o agenda** y la **identificación de factores que aumentan la ansiedad o desorganizan el pensamiento**. El octavo paso es mejorar la adherencia al tratamiento, y la prevención de recaídas forma parte del plan terapéutico que se fija al formular el caso.

1 Modificar los esquemas cognitivos es el sexto paso, que dirige suavemente al paciente a cuestionar sus creencias y comprobarlas en la práctica.

2 Desarrollar un plan de prevención de recaídas y reconocer sus signos tempranos figuran entre los objetivos del plan terapéutico que se fija en el tercer paso, al formular el caso.

3 Mejorar la adherencia es el octavo paso, que evalúa las barreras para el cumplimiento.

4 Es el séptimo paso del manual, con esas mismas técnicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Esquizofrenia, Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), págs. 974-977.

EN EL ATLAS Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 131

159

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Dentro de la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Chadwick, Birchwood y Trower (1996) la intervención cognitiva que se aplica junto con el desafío verbal es:

1 La focalización en las alucinaciones.

2 La normalización.

3 La prueba de realidad. ✓

4 La reducción del estigma.

Chadwick, Birchwood y Trower aplican el desafío verbal y la prueba de realidad a los delirios

La Guía de tratamientos eficaces describe la **terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996)** como la aplicación de **dos intervenciones cognitivas** a pacientes con creencias delirantes de larga duración. El **desafío verbal** ayuda al paciente a ver su creencia solo como una posible interpretación de los eventos y cuestiona las evidencias en orden inverso a su importancia. La **prueba de realidad** supone una **comprobación empírica** de la creencia delirante, y el paciente debe aceptar que la prueba elegida puede confirmarla o refutarla. Vallejo (2012) recoge los mismos dos componentes en la TCC de los delirios, el debate verbal y la comprobación empírica.

1 La focalización en las alucinaciones es una técnica para las voces, que busca que el paciente las atribuya a sí mismo.

2 Normalizar, educar y desestigmatizar es un paso inicial común de las TCC para la psicosis, distinto del par de intervenciones de esta terapia.

3 Es la segunda intervención del programa, junto al desafío verbal.

4 La reducción del estigma pertenece a la normalización inicial y a los objetivos del plan terapéutico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 2 (delirios y alucinaciones), apdo. de la terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, págs. 970, 974 y 978.

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).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 164

Respuesta correcta: 1

¿Qué programa de intervención familiar en esquizofrenia tiene, entre sus objetivos principales, reducir la emoción expresada y aumentar las redes sociales de la familia?:

1 Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff. ✓
2 Terapia familiar conductual de Fallon.
3 Terapia cognitivo-conductual de Tarrier.
4 Modelo psicoeducativo de Anderson.

El paquete sociofamiliar de Leff busca reducir la emoción expresada y aumentar las redes sociales de la familia

La Guía de tratamientos eficaces resume en la **tabla 1.2** los componentes de los principales programas de **intervención familiar** en la esquizofrenia. Los objetivos del **paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff** son reducir la **emoción expresada** y el contacto con el paciente, **aumentar las redes sociales de la familia**, reducir las expectativas no realistas y mejorar la comunicación. Los otros tres programas persiguen objetivos distintos.

1 Es el programa cuyos objetivos coinciden con el enunciado.
2 La terapia familiar conductual de Falloon tiene como objetivo desarrollar habilidades con técnicas altamente estructuradas.
3 Las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier buscan identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada, incrementar el funcionamiento del paciente e identificar sus necesidades, pero no hablan de las redes sociales de la familia.
4 El modelo psicoeducativo de Anderson busca reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos y evitar el riesgo de recaídas.

TABLA 1.2. COMPONENTES DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Modelo	Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff	Modelo psicoeducativo de Anderson	Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier	Terapia familiar conductual de Falloon
Objetivos	Reducir la EE y el contacto con el paciente. Aumentar las redes sociales de la familia. Reducir las expectativas no realistas. Mejorar la comunicación.	Reducir la vulnerabilidad del paciente a estímulos internos y externos. Evitar el riesgo de recaídas.	Identificar y eliminar los componentes de la emoción expresada. Incrementar el nivel de funcionamiento del paciente. Identificar las necesidades y planificar cómo satisfacerlas.	Desarrollar habilidades, con técnicas altamente estructuradas.
Fases del tratamiento	Programa educativo. Grupos interfamiliares. Sesiones unifamiliares.	Conexión con familias. Taller psicoeducativo. Reintegración a la sociedad. Rehabilitación social y profesional. Etapa final de desenganche.	Programa educativo. Manejo de estrés y las respuestas de afrontamiento. Establecimiento de metas.	Evaluación de la unidad familiar. Educación sobre la enfermedad. Entrenamiento en comunicación. Entrenamiento en solución de problemas. Estrategias conductuales específicas.

Fuente: Pérez Álvarez et al. (2003), Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, cap. 1, tabla 1.2 (edición digital sin paginación impresa)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1, apdo. 2, tabla 1.2 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 162

161

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Dentro de las técnicas que promueven la focalización en las alucinaciones (Bentall y cols.) se recomienda en la primera fase del procedimiento de intervención solicitar al paciente que dirija su atención:

1. A las creencias y pensamientos respecto de las voces.
2. Al contenido de las voces.
3. A la forma y características físicas de las voces. ✓
4. A los sentimientos que le generan las voces.

La focalización empieza por la forma y las características físicas de las voces

Vallejo (2012) explica que las **técnicas de focalización** buscan que la persona identifique las voces como propias, y que producen efectos más duraderos que las de distracción. La intervención reduce la frecuencia de las voces y el malestar mediante su **reatribución gradual a uno mismo**, en tres fases. Primero el paciente dirige la atención a la **forma y características físicas de las voces**, como el número, el volumen, el tono, el acento, el aparente sexo y la localización. Después atiende a su **contenido**. Por último se abordan las **metacogniciones**, las creencias sobre el origen y la naturaleza de las alucinaciones.

1. Las creencias y pensamientos sobre las voces se trabajan en la tercera y última fase.
2. El contenido de las voces se aborda en la segunda fase, cuando el paciente ya se siente cómodo atendiendo a sus características físicas.
3. Es la primera fase del procedimiento.
4. Los sentimientos que siguen a las voces se registran junto con los pensamientos en la última fase, la de las metacogniciones.

Para fijarlo. Primero cómo suenan, luego qué dicen y al final qué cree el paciente sobre ellas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Esquizofrenia, Lemos Giráldez et al.), págs. 980-981.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

162 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Con la finalidad de mejorar la generalización y transferencia de las habilidades adquiridas en la terapia a la vida cotidiana, la Terapia Psicológica Integrada de la esquizofrenia (Roder y cols.) ha incorporado el módulo de:

1. Entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales. ✓
2. Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas.
3. Solución de problemas interpersonales y resolución de conflictos.
4. Comunicación verbal.

Para generalizar lo aprendido, la IPT añadió el entrenamiento en habilidades de ocio, vivienda y trabajo

Vallejo (2012) recoge que recientemente se ha añadido a la **terapia psicológica integrada** (IPT) de Roder y colaboradores un nuevo módulo para **mejorar la generalización y transferencia** de las habilidades adquiridas en la terapia a la vida cotidiana en la comunidad. Se denomina **Programa de entrenamiento en habilidades de ocio, de vivienda y laborales** (WAF, por sus siglas en alemán) y consta de tres subprogramas de entrenamiento en habilidades sociales y cognitivas, que integran las intervenciones conductuales con la rehabilitación convencional y pueden aplicarse al margen del resto de módulos.

1. Es el módulo WAF, añadido con esa finalidad.
2. Las habilidades sociales forman parte de los subprogramas originales de la IPT.
3. La solución de problemas interpersonales es el último subprograma de la IPT original.
4. La comunicación verbal es otro de los subprogramas originales de la IPT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Esquizofrenia, Lemos Giráldez et al.), págs. 966-970.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

163

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ¿cuál de los siguientes fármacos, según su nombre genérico, es considerado un antipsicótico atípico?:

1 Clozapina. ✓

2 Clorpromazina.

3 Haloperidol.

4 Zuclopentixol.

La clozapina es un antipsicótico atípico; clorpromazina, haloperidol y zuclopentixol son clásicos

Stahl separa los **antipsicóticos de primera generación** o convencionales, antagonistas de los receptores de dopamina D2, de los de segunda generación o **atípicos**, que combinan el antagonismo D2 con el de la serotonina 5HT2A. En la **tabla 5-1** de agentes clásicos para el tratamiento de la psicosis figuran la clorpromacina, el haloperidol y el zuclopentixol. La **clozapina** pertenece a las «pinas», el grupo de atípicos que, junto a la olanzapina y la quetiapina, se une con mucha más potencia al receptor 5HT2A que al D2.

1 Es el único atípico de las cuatro opciones.

2 La clorpromacina figura en la tabla de agentes clásicos, como fármaco de baja potencia.

3 El haloperidol figura en la tabla de agentes clásicos, como fármaco de alta potencia.

4 El zuclopentixol también es un agente clásico de alta potencia, disponible en forma depot.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5 (Actuación para la psicosis), págs. 179, 183 y 206.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

164

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

El objetivo de la terapia cognitiva para el trastorno obsesivo-compulsivo es:

1. La exposición a los estímulos que provocan las obsesiones.
2. Debatir con el paciente sobre la irracionalidad de las obsesiones.
3. Debatir con el paciente sobre el contenido de sus obsesiones.
4. Modificar las “valoraciones disfuncionales” que el paciente hace de sus obsesiones. ✓

La terapia cognitiva del TOC busca cambiar las valoraciones disfuncionales de las obsesiones

Penadés distingue en el TOC entre aspectos **involuntarios**, la intrusión y el efecto rebote, y aspectos **voluntarios** o conscientes, las **valoraciones** y la **neutralización**. El objetivo de la terapia cognitiva es **cambiar las valoraciones disfuncionales** por otras más adaptativas y saludables, lo que repercute en todo lo demás. El manual advierte que en el TOC el objetivo es guiar al paciente para que descubra las creencias disfuncionales que están en la base de sus obsesiones, y que **debatir el contenido de las obsesiones** queda fuera de la terapia. Vallejo y Vallejo-Slocker añaden que, cuando la terapia cognitiva es el tratamiento principal, la exposición se usa como experimento conductual para modificar esas cogniciones.

1. La exposición a los estímulos que provocan las obsesiones es el núcleo de la EPR, que la terapia cognitiva usa como experimento conductual.
2. Discutir la irracionalidad de las obsesiones queda fuera de los objetivos, porque el trabajo se centra en el significado que el paciente da a la intrusión.
3. El manual dice expresamente que no se trata de debatir el contenido de las obsesiones.
4. Es el objetivo que el manual atribuye a la terapia cognitiva.

Trampa. Las opciones 2 y 3 parecen técnicas cognitivas razonables, pero en el TOC se cuestiona la valoración que el paciente hace de la intrusión y la intrusión misma queda fuera del debate.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 311 y 317. 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. 494.

EN EL ATLAS

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

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

A un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo con pensamiento mágico, en primer lugar, le indicamos que realice una predicción de cómo su pensamiento puede producir acontecimientos reales. A continuación le solicitamos que a lo largo de la próxima semana piense 80 veces al día que su microondas se va a estropear y otras 80 veces que le va a tocar la lotería. Finalmente, le pedimos que compare lo que ocurre con su predicción. ¿Qué técnica estamos utilizando?

1. Realizando un experimento conductual. ✓
2. Solicitando que realice un ejercicio de autoexposición.
3. Empleando la técnica de la "flecha descendente" o del "¿y qué?".
4. Empleando la distracción para disminuir sus obsesiones.

Pensar a diario que se estropeará un electrodoméstico y comprobar qué pasa es un experimento conductual

Vallejo y Vallejo-Slocker describen el supuesto disfuncional de la **fusión pensamiento-acción probabilística**, según el cual los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso o llegar a causarlo. Esta creencia se puede desafiar mediante **experimentos conductuales**. Por ejemplo, el paciente puede comprar un billete de lotería y pensar repetitivamente durante media hora diaria que le tocará, o fijarse en un electrodoméstico en buen estado, como un tostador, y **pensar 100 veces diarias que la próxima semana se romperá**, para después **comparar el resultado con la predicción**. El enunciado reproduce ese procedimiento.

1. Coincide con el ejemplo de experimento conductual del manual.
2. La autoexposición repetida busca la habituación, y aquí el objetivo es poner a prueba una predicción sobre el poder de los pensamientos.
3. La flecha descendente sirve para identificar la secuencia de consecuencias temidas y el supuesto disfuncional, y es el paso previo al experimento.
4. La distracción aleja la atención de las obsesiones, y el ejercicio pide justo lo contrario, pensar deliberadamente en el suceso.

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), pág. 496.

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

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

El programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente) tiene un carácter:

1 Psicodinámico.

2 Cognitivo.

3 Interpersonal.

4 Psicoeducativo. ✓

El programa PIENSA es una intervención psicoeducativa para adolescentes con un primer episodio psicótico y sus familias

Fonseca y colaboradores describen el **Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA)** dentro del capítulo de **intervenciones familiares psicoeducativas** en psicosis. Es un programa asistencial del Hospital General Gregorio Marañón que trata las fases iniciales de las psicosis de inicio en la adolescencia, con el fin de mejorar la evolución y adaptación psicosocial de los adolescentes que han tenido un **primer episodio psicótico**. Adapta el modelo **psicoeducativo** multifamiliar de McFarlane a esta población, con un material de referencia de orientación psicoeducativa para chicos de 14 a 18 años y **grupos paralelos** de padres y de adolescentes.

1. El capítulo lo presenta como un programa psicoeducativo, sin orientación psicodinámica.
2. Su base es la psicoeducación familiar multifamiliar del modelo de McFarlane.
3. El programa se articula en grupos psicoeducativos paralelos de padres y de adolescentes, sin relación con la terapia interpersonal.
4. Es su carácter, el de una intervención psicoeducativa con adolescentes y familias.

Ojo. Izquierdo y colaboradores (cap. 13, pág. 89) cuentan que dentro del programa se hacen, además de los grupos psicoeducativos basados en la terapia multifamiliar de McFarlane, grupos de entrenamiento metacognitivo de Moritz. Ese componente da algún apoyo a la opción 2, pero el programa se define como psicoeducativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 7 (Intervenciones familiares psicoeducativas en psicosis), págs. 243-244. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 89.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 162

167

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento del alcoholismo, los fármacos aversivos (disulfiram y cianamida cálcica) provocan una reacción aversiva a consecuencia de:

1. La inhibición de la enzima alcohol-deshidrogenasa.
2. La inhibición de la enzima aldehído-deshidrogenasa. ✓
3. La interacción con los efectos del alcohol.
4. La potenciación de los efectos del alcohol.

Los fármacos aversivos para el alcoholismo inhiben la aldehído deshidrogenasa

Vallejo Ruiloba presenta el **disulfiram** y la **cianamida cálcica** como los **fármacos antidipsotrópicos o aversivos** más usados en el tratamiento del alcoholismo. Estos fármacos interfieren el metabolismo del alcohol, **inhiben la acción de la aldehído deshidrogenasa** y provocan un **incremento de los niveles plasmáticos de acetaldehído**, responsable de la taquicardia, la hipotensión, la rubefacción y la cefalea que aparecen si la persona bebe. El manual añade que su eficacia mejora cuando se aumenta la adhesión con la supervisión de un familiar o se asocian a otros programas de tratamiento.

1. La alcohol deshidrogenasa es la otra enzima que metaboliza el alcohol, pero la que bloquean estos fármacos es la aldehído deshidrogenasa.
2. Es el mecanismo que describe el manual, con la consiguiente acumulación de acetaldehído.
3. El manual explica la reacción por un mecanismo concreto, la inhibición de una enzima del metabolismo del alcohol y la acumulación de acetaldehído.
4. La taquicardia, la hipotensión, la rubefacción y la cefalea se deben al acetaldehído que se acumula al inhibirse la enzima.

Ojo. Vallejo y Vallejo-Slocker (2023, vol. II, cap. 1), Consulta del tema, mencionan el disulfiram y la cianamida cálcica como fármacos aversivos, pero el mecanismo enzimático está en Vallejo Ruiloba. El DSM-5-TR nombra las dos enzimas, alcohol deshidrogenasa y aldehído deshidrogenasa, al hablar del metabolismo del alcohol.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 24 (Alcoholismo, Gual), apdo. de tratamientos farmacológicos (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

168

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D9 · Tabaco · Anulada

Anulada

¿Cuál de los siguientes tratamientos aversivos de tabaquismo tiene efectos más desagradables e intensos?:

1. La técnica de retención de humo.
2. Saciación.
3. Incremento del consumo habitual al doble de cigarrillos.
4. La técnica de fumar rápido.

Saciación y fumar rápido pertenecen a la misma familia de procedimientos aversivos, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. La Guía de tratamientos eficaces explica que en el tabaquismo deben incluirse entre los **procedimientos de saciación** tanto la saciación original de Resnick, que exige incrementar considerablemente el consumo de cigarrillos, como sus variaciones, la saciación por el sabor, la **retención del humo**, el **fumar rápido** y el rapid puffing. La saciación produce mareos, aturdimiento, temblores, náuseas y vómitos en la mitad de los participantes. Vallejo (2012) describe el fumar rápido como el procedimiento aversivo más utilizado y lo sitúa entre los procedimientos aversivos **más agresivos**. Con estos datos, varias opciones remiten al mismo tronco común.

1. La retención del humo es una variación de la saciación por el sabor, el procedimiento que Tori ideó para mantener la eficacia de la saciación reduciendo sus riesgos para la salud.
2. Clave provisional. La saciación clásica lleva al fumador hasta el punto en que no puede fumar más, con mareos, náuseas y vómitos en la mitad de los casos.
3. Doblar o triplicar el consumo habitual es la forma en que se aplicó la saciación original, así que esta opción describe el mismo procedimiento que la 2.
4. Fumar rápido, una calada cada seis segundos hasta sentirse mal, es otra variación del tronco de la saciación y el manual la cuenta entre los procedimientos aversivos más agresivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 13 (tabaquismo), págs. 305-309 y 315. 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. 43-46.

EN EL ATLAS

Tema D9 · Tabaco. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el tratamiento aconsejado en mujeres embarazadas con trastorno por consumo de heroína?:

1. Antagonistas, como la naltrexona, para contrarrestar los efectos de la heroína.
2. Agonistas, como la metadona, para evitar el riesgo de aborto o estrés fetal. ✓
3. Abstinencia absoluta, para evitar los efectos de la heroína en el feto.
4. No es conveniente inicial el tratamiento hasta después del parto, en el momento en que ya se encuentre en condiciones de recibir tratamiento farmacológico y con agonistas opiáceos.

En las embarazadas con dependencia de heroína se indica el mantenimiento con agonistas como la metadona

Vallejo Ruiloba recoge los criterios más aceptados para incluir a un paciente en los **programas de mantenimiento con agonistas opiáceos**, como la **metadona**, y uno de ellos son las **pacientes heroinómanas embarazadas**. En cambio, entre los criterios de exclusión de los programas de mantenimiento con **antagonistas** como la naltrexona figuran las **embarazadas y lactantes**. Además, la naltrexona solo puede iniciarse en pacientes ya desintoxicados, porque al desplazar al opiáceo del receptor puede provocar un síndrome de abstinencia agudo, intenso y brusco.

1. Los programas con antagonistas como la naltrexona excluyen expresamente a las embarazadas y lactantes.
2. Coincide con los criterios de inclusión de los programas de mantenimiento con agonistas.
3. La abstinencia absoluta no es la indicación, porque el embarazo es uno de los criterios para incluir a la paciente en un programa de mantenimiento con agonistas.
4. Retrasar el tratamiento hasta el parto contradice que la gestación sea un criterio de inclusión en el mantenimiento con agonistas.

Ojo. La justificación del enunciado, evitar el riesgo de aborto o de estrés fetal, procede de la guía clínica de Fernández Miranda y Pereiro (2007), que cita el comentario de partida y no se ha localizado en el corpus ni en C:\Drive. El corpus solo sostiene la indicación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 25 (Otras drogodependencias, Casas, Duro y Pinet), apdo. de tratamiento de la dependencia de opiáceos (edición digital sin paginación impresa). Fernández Miranda, J. J. y Pereiro Gómez, C. (2007). Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Socidrogalcohol.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

170 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

¿Qué término se utiliza para describir las relaciones probabilísticas entre la conducta y los cambios ambientales que la siguen?:

1 Contigüidad.

2 Análisis funcional.

3 Contingencia. ✓

4 Refuerzo.

Contingencia es la relación probabilística entre la conducta, sus antecedentes y sus consecuencias

Díaz, Ruiz y Villalobos definen la **contingencia** como el término que se utiliza para describir las **relaciones probabilísticas** entre la conducta, sus **antecedentes** y sus **consecuencias**. Añaden que no solo las consecuencias controlan la conducta, porque también pueden hacerlo los estímulos ambientales que la anteceden. Una contingencia de reforzamiento es la diferencia entre la probabilidad de que una conducta vaya seguida de un reforzador y la probabilidad de que ese reforzador aparezca sin ella.

1 La contigüidad se refiere a la cercanía temporal entre la conducta y el reforzador; la efectividad del reforzador decrece a medida que se demora (descuento por demora).

2 El análisis funcional es el procedimiento de evaluación que integra los datos para identificar qué antecedentes y consecuentes controlan la conducta.

3 Es la definición del manual.

4 El refuerzo es un tipo de consecuencia que aumenta la probabilidad de la conducta, uno de los términos de la relación.

Trampa. Contingencia y contigüidad se confunden con facilidad. La primera es una relación de probabilidad; la segunda, de cercanía en el tiempo.

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 (Técnicas operantes), págs. 163 y 167; cap. 2 (análisis funcional).

EN EL ATLAS

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

171

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

Un paciente refiere que al oír los sonidos de una máquina tragaperras su corazón empieza a acelerarse y siente un impulso que le lleva a jugar hasta quedarse sin nada ¿Qué tipo de técnicas han mostrado ser más efectivas para este tipo de problemas?:

1. Técnicas de exposición con prevención de respuesta. ✓
2. Técnicas de consciencia plena (mindfulness).
3. Técnicas de reversión del hábito.
4. Técnicas de focalización sensorial.

Ante las señales del juego que disparan el impulso, lo más eficaz es la exposición con prevención de respuesta

El caso describe una **respuesta condicionada** a un estímulo asociado al juego, el sonido de la máquina, que acelera el corazón y desencadena el impulso de jugar. Belloch explica que la forma más operativa y eficaz de reducir esa respuesta es la **extinción**, es decir, presentar los estímulos condicionados en ausencia de la conducta de juego, y que este es el fundamento de la **exposición con prevención de respuesta**. Fonseca destaca las técnicas conductuales, el **control de estímulos** y la **exposición en vivo con prevención de respuesta**, para lograr la abstinencia inicial. Vallejo y Vallejo-Slocker la aplican exponiendo al jugador, mejor en vivo, a las situaciones que provocan deseo de jugar sin permitirle jugar.

1. Es la técnica que extingue la respuesta condicionada a las señales del juego.
2. El mindfulness no aparece en la tabla 18.4 de Fonseca, que resume los principales tratamientos del juego patológico.
3. La terapia de reversión del hábito es uno de los tratamientos de los tics.
4. La focalización sensorial es un eje de la terapia sexual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 18, tabla 18.4, pág. 536, y pág. 540. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 527. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Juego patológico, Labrador y Labrador), pág. 185. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.10, pág. 245. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14 (Disfunciones sexuales, Labrador y Roa), pág. 751.

EN EL ATLAS

Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿Qué aconsejaríamos a un paciente con agorafobia que durante una sesión de exposición en vivo nos comunica que se siente mal, que cree que se va a desmayar y que necesita abandonar la sesión?:

1 Suspender la sesión e intentarlo de nuevo el día próximo.

2 Abandonar momentáneamente, no alejarse del lugar y reanudar la sesión de inmediato. ✓

3 Utilizar técnicas de distracción o de imaginación encubierta para que se relaje y finalizar la sesión.

4 No abandonar la sesión de ninguna manera para no entorpecer el proceso de habituación.

Si no puede seguir, el paciente puede salir un momento de la situación, sin alejarse, y reanudar enseguida la exposición

Díaz, Ruiz y Villalobos indican que el paciente debe mantenerse en contacto con la situación ansiógena aunque aumente la ansiedad, e incluso si sufre un ataque de pánico debe tratar de no abandonar la exposición. **Si resultase imposible mantenerse**, es posible **abandonar temporalmente** el contexto de exposición, **tratando de permanecer cerca** y **reanudando la exposición en cuanto sea posible**. La distracción funciona como una retirada temporal y no perjudica los resultados, siempre que la atención vuelva al estímulo temido cuanto antes.

1 Suspender la sesión hasta el día siguiente rompe la exposición prolongada, que el manual considera imprescindible.

2 Es la pauta del manual cuando el paciente no puede mantenerse en la situación.

3 La distracción solo es aceptable como retirada breve, con la atención de vuelta enseguida al estímulo temido, y la opción la usa para relajarse y dar por terminada la sesión.

4 El manual admite un abandono temporal cuando resulta imposible mantenerse, siempre que el paciente se quede cerca y vuelva enseguida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4 (Terapias y técnicas de exposición), pág. 214.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

173

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 1

La técnica de desensibilización sistemática automatizada ¿en qué consiste?:

1. En realizar una grabación del audio de las sesiones para que el paciente pueda practicar en casa. ✓
2. Ayudar al cliente a imaginar las escenas de forma más vívida mediante las técnicas de realidad virtual.
3. Utilizar los movimientos sacádicos de los ojos como respuesta incompatible.
4. Utilizar la sugestión para aumentar el efecto de desensibilización.

En la desensibilización sistemática automatizada se graban las sesiones para que el paciente las practique solo

Díaz, Ruiz y Villalobos describen varias variantes de la **desensibilización sistemática**, algunas del propio Wolpe. La **desensibilización sistemática automatizada y autoaplicada** consiste en elaborar una jerarquía adaptada al problema del paciente y **grabar las sesiones de DS**, con las instrucciones de relajación incluidas, para que el paciente pueda **aplicarse el tratamiento por su cuenta**. Su ventaja es la autoaplicación para quienes tienen dificultades para asistir a las sesiones, y su desventaja, la falta de flexibilidad de las sesiones grabadas, que restan individualización.

1. Es la definición del manual.
2. La realidad virtual es una forma de exposición simbólica en la que un programa de ordenador genera un entorno que simula la situación temida.
3. Los movimientos oculares son el elemento de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), una terapia distinta para el TEPT.
4. La sugestión no define esta variante, cuya característica es la grabación de las sesiones.

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 (Desensibilización sistemática y técnicas de relajación), págs. 264-265; cap. 4, pág. 217. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 419.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

174

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Señale a qué grupo pertenecen la práctica de ejercicios cardiovasculares, la hiperventilación y las inhalaciones de dióxido de carbono:

1 Técnicas para el entrenamiento en biofeedback.

2 Técnicas para facilitar la exposición interoceptiva. ✓

3 Técnicas para regular la activación fisiológica.

4 Procedimientos de activación conductual.

El ejercicio físico, la hiperventilación y el CO2 sirven para provocar las sensaciones en la exposición interoceptiva

Vallejo y Vallejo-Slocker explican que la **exposición interoceptiva** simula los síntomas de un ataque de pánico para que el paciente pueda experimentarlos en un contexto controlado, de modo que la inducción repetida de las sensaciones debilite la respuesta emocional ante ellas. El procedimiento incorpora métodos que inducen síntomas parecidos a los de las crisis, **tales como el ejercicio físico, las inhalaciones de dióxido de carbono (CO2) o la hiperventilación**, junto con otros ejercicios como dar vueltas en una silla giratoria, respirar a través de una cánula o contener la respiración.

1 El biofeedback no está entre los procedimientos con que el manual induce los síntomas, que son todos de exposición interoceptiva.

2 Son los métodos de inducción de síntomas que el manual atribuye a la exposición interoceptiva.

3 Estas técnicas provocan la activación a propósito, para que el paciente pierda el miedo a las sensaciones.

4 La activación conductual se organiza en torno al incremento de conductas que ponen a la persona en contacto con contingencias reforzantes, sobre todo en la depresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), págs. 407-408.

EN EL ATLAS

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

175

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Respuesta correcta: 3

Señale la respuesta correcta respecto al uso de la hipnosis en la Terapia Cognitivo-conductual:

1. La respuesta hipnótica facilita la comprensión de la actividad no consciente que depende del hemisferio izquierdo.
2. Los actos hipnóticos se entienden como automáticos e involuntarios.
3. Las respuestas obtenidas son actos del paciente que dependen de la autosugestión y no del poder del terapeuta. ✓
4. La eficacia de la hipnosis dependerá de la capacidad del paciente para alcanzar estados alterados de conciencia.

En la hipnosis cognitivo-conductual las respuestas dependen del propio paciente y no de un poder del terapeuta

Díaz, Ruiz y Villalobos conciben la **hipnosis** dentro de un continuo de experiencias de **sugestión**, por lo que **toda forma de hipnosis es también una forma de autohipnosis**. El terapeuta es solo una guía que moviliza y reorienta los recursos del paciente, y la fuerza y la motivación para el cambio provienen de su interior. El manual también advierte que la psicología experimental **no ha demostrado la existencia del trance** como estado especial de conciencia, y que las sensaciones de involuntariedad y disociación pueden explicarse por la intensa focalización atencional y por las expectativas del sujeto.

1. El capítulo explica la respuesta hipnótica por la sugestión, la focalización atencional y las expectativas, sin referencia alguna al hemisferio izquierdo.
2. Las sensaciones de involuntariedad se atribuyen a la focalización de la atención y a las expectativas, y el paciente sigue siendo quien acepta o no las sugestiones.
3. Coincide con la idea de que toda hipnosis es autohipnosis y de que el terapeuta solo guía.
4. El manual recuerda que no se ha demostrado la existencia de un estado alterado de conciencia, así que la eficacia no depende de alcanzarlo.

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 (Otras técnicas de intervención en terapia cognitivo conductual), págs. 638-640.

EN EL ATLAS

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

176

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

El término neutralización sirve para definir cualquier acto que pueda enmendar, reparar, corregir o restaurar los efectos emocionales perniciosos de un pensamiento obsesivo. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la neutralización es CORRECTA:

1 Es un componente de la técnica analítico funcional.

2 Es un componente de la técnica de intención paradójica.

3 Es un elemento potenciador de la exposición con prevención de respuesta.

4 Es un elemento que debe ser evitado en la exposición con prevención de respuesta. ✓

En la exposición con prevención de respuesta hay que impedir la neutralización

La **neutralización** designa las conductas, abiertas o encubiertas, con que la persona intenta reparar o contrarrestar los efectos de una obsesión. En la **exposición con prevención de respuesta** aplicada a las obsesiones, Vallejo y Vallejo-Slocker describen cómo el terapeuta enseña al paciente a identificar sus modos de neutralización y a **bloquearlos**; la exposición se hace sin neutralizar y, si el paciente neutraliza, se le pide que repita la exposición sin hacerlo. El manual insiste en entrenar la prevención de respuesta autodirigida de cualquier evitación o neutralización, y Penadés explica a los pacientes el papel de la neutralización en el mantenimiento o el agravamiento del problema.

1 La neutralización es un fenómeno clínico del TOC que la terapia trata de eliminar.

2 La intención paradójica pide al paciente que renuncie a controlar el problema y haga aparecer y aumente los síntomas, sin relación con neutralizarlos.

3 El manual pide bloquear la neutralización para que la exposición produzca habituación, así que no la potencia.

4 Es lo que establecen los manuales, que piden bloquear la neutralización durante la exposición.

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), págs. 446, 488 y 491-492. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 317. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, pág. 628.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 119

177 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

¿En qué consiste la técnica operante llamada práctica negativa?:

1. Retirada de un reforzador de forma contingente con la emisión de una conducta que se desea eliminar.
2. Presentación repetida de un estímulo reforzador hasta que el estímulo pierde su valor reforzante.
3. Repetición reiterada de una conducta hasta que la realización resulta desagradable. ✓
4. Retirada de un reforzador de forma contingente con la emisión de una conducta negativa.

La práctica negativa consiste en repetir la conducta una y otra vez hasta que deja de ser reforzante

En el tratamiento de los tics, Fonseca describe la **práctica negativa masiva**, que permite la **repetición del síntoma sin restricciones**, lo que causaría una **saciación** y una reacción de inhibición o fatiga, con la extinción final del síntoma. Se basa en la premisa de que el ensayo excesivo del tic puede conducir a su desaparición. Caballo (2002) la presenta basada en los principios de la saciación y del aumento del darse cuenta, y la aplica a hábitos nerviosos como la tricotilomanía.

1. Retirar un reforzador del que dispone la persona cuando emite la conducta que se quiere eliminar es el coste de respuesta.
2. La presentación repetida de un reforzador hasta que pierde su valor es la saciación del estímulo, como cuando un niño recibe siempre el mismo caramelo.
3. Es la definición de práctica negativa, la repetición masiva de la conducta.
4. Describe de nuevo el coste de respuesta, una forma de castigo negativo.

Ojo. Díaz y Ruiz, Base del tema, solo citan la práctica negativa en su repaso histórico; las definiciones de coste de respuesta y saciación sí están en su capítulo 3 (págs. 184 y 191).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.10, pág. 245, y pág. 247. Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 15 (Opdyke y Rothbaum), pág. 475. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 184 y 191.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Fonseca I/A no es fuente de este tema. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

178

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness | Revisar

Respuesta correcta: 2

Según la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (Segal y cols.); aquellas personas que ponen más empeño en mantener los pensamientos negativos fuera de la mente:

1. Presentan una mayor resiliencia.
2. Tienen más probabilidades de desarrollar depresión. ✓
3. Recurren a conductas compensatorias.
4. Generan más resistencia a la intervención terapéutica.

Esforzarse por mantener los pensamientos negativos fuera de la mente aumenta la vulnerabilidad a la depresión

La afirmación de la pregunta procede del manual de **Segal, Williams y Teasdale** sobre la **terapia cognitiva basada en mindfulness** (MBCT), que no está en el corpus. Los manuales del corpus recogen su planteamiento general. La MBCT se diseñó para **prevenir las recaídas** en la depresión y enseña a **desconectarse** de los pensamientos depresógenos y a cambiar la relación con ellos, sin juzgarlos ni intentar controlarlos. Belloch añade que el uso habitual de estrategias desadaptativas de regulación emocional, como la rumiación y la **supresión**, predice un amplio grupo de alteraciones psicopatológicas, y Díaz y Ruiz señalan que la supresión cognitiva no es una buena estrategia de control mental y puede producir un **efecto rebote**.

1. Nada en los manuales relaciona la supresión de pensamientos con una mayor resiliencia; la presentan como estrategia desadaptativa.
2. Es la idea de la MBCT que recoge el enunciado, coherente con el papel de la supresión como predictor de psicopatología.
3. Las conductas compensatorias pertenecen a otros cuadros, como los trastornos alimentarios, y no son lo que plantea el modelo.
4. El modelo habla de vulnerabilidad a la depresión, y la opción la cambia por resistencia a la intervención.

Ojo. La obra que cita el comentario de partida, Segal, Williams y Teasdale (2017), MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión (Kairós), no está en el corpus ni en C:\Drive. La clave se sostiene por coherencia con lo que dicen los manuales del corpus, pero ninguno formula esta idea con estas palabras, y los distractores no pueden descartarse con un texto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2017). MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. Kairós. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 317-318. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 364. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10, págs. 526-527; cap. 12, pág. 625.

EN EL ATLAS

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

179

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 3

Según la Terapia de Aceptación y Compromiso. La realización de esfuerzos poco saludables por huir de las emociones y evitarlas se denomina:

1. Evitación positiva.
2. Evitación negativa.
3. Evitación experiencial. ✓
4. Evitación funcional.

La evitación experiencial es el esfuerzo por evitar o escapar de las experiencias privadas molestas

La **evitación experiencial** es un concepto central de la ACT. Díaz, Ruiz y Villalobos la definen como un **patrón conductual inflexible**, generado por una regulación verbal ineficaz, que consiste en **evitar el sufrimiento a toda costa**, tratando de controlar los eventos privados, las sensaciones y los sentimientos. Produce un alivio inmediato por **reforzamiento negativo**, pero a largo plazo la vida se reduce y el problema se mantiene. Fonseca la describe como **evitación experiencial destructiva**, los intentos deliberados de evitar o escapar de eventos privados con función aversiva.

1. «Evitación positiva» no es un término de la ACT.
2. «Evitación negativa» tampoco es un término de la ACT, aunque la evitación experiencial se mantenga por reforzamiento negativo.
3. Es el nombre del concepto en la ACT.
4. «Evitación funcional» no es un término de la ACT; la terapia sí analiza la función de la conducta en su contexto.

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 (Terapias de tercera generación), págs. 561-562. 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 y terapias contextuales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

180

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 1

En la terapia cognitiva de Beck, es recomendable añadir técnicas conductuales especialmente:

1. Al principio de la terapia y con pacientes más severamente deprimidos. ✓
2. Al final de la terapia para consolidar los cambios en los esquemas disfuncionales.
3. Con los pacientes que presenten un BDI por debajo de 25, pero nunca con pacientes gravemente deprimidos.
4. Cuando los pacientes tienen dificultades para identificar sus pensamientos automáticos.

La terapia cognitiva de Beck usa técnicas conductuales sobre todo al principio y con los pacientes más deprimidos

La Guía de tratamientos eficaces indica que la **terapia cognitiva** de la depresión incluye numerosas **técnicas conductuales**, **sobre todo al principio** y, en particular, **con clientes más severamente deprimidos**, como la programación semanal de actividades, la asignación gradual de tareas o los miniexperimentos. Díaz, Ruiz y Villalobos lo justifican porque la aplicación de las técnicas cognitivas exige un mínimo de **funcionamiento conductual**, y cuando no existe se instaura con técnicas conductuales. Para el terapeuta cognitivo, el cambio de conducta es un medio para modificar las cogniciones.

1. Es lo que dice la Guía casi con las mismas palabras.
2. Las técnicas conductuales se concentran al inicio, cuando hace falta un mínimo de funcionamiento conductual, y no se reservan para el final.
3. Ocurre lo contrario, porque son especialmente útiles con los pacientes más gravemente deprimidos.
4. La dificultad para identificar pensamientos automáticos no es el criterio; el criterio es la falta de un mínimo de funcionamiento conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5, apdo. 3.2 (edición digital sin paginación impresa). Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8 (Terapia cognitiva), págs. 403-404.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

181

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

La terapia interpersonal de Gerald. L. Klerman fue diseñada originalmente para:

1. El tratamiento agudo de la depresión mayor.
2. El tratamiento de terapia de pareja en personas deprimidas.
3. El tratamiento de mantenimiento para la depresión. ✓
4. El tratamiento del duelo (sin diagnóstico de depresión).

La terapia interpersonal nació como tratamiento de mantenimiento de la depresión

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* explica que la **terapia interpersonal** (TIP) fue desarrollada a finales de los años sesenta por Gerald L. Klerman **como terapia de mantenimiento para la depresión mayor**, y que después se estableció también como tratamiento agudo. Añade que empezó mostrando su eficacia en el tratamiento de **continuación y mantenimiento**, «que es, de hecho, para lo que fue diseñada». Fonseca sitúa su origen en un ensayo clínico de ocho meses con pacientes que ya habían respondido a la medicación, en el que la psicoterapia se añadía como complemento; la medicación prevenía la recaída y la psicoterapia mejoraba el funcionamiento social.

1. La aplicación al tratamiento agudo llegó después: la primera comprobación de su eficacia en la fase aguda es el estudio de Weissman et al. (1979).
2. La Guía menciona un formato de pareja de la TIP, pero como una aplicación posterior y no como su diseño original.
3. Es el propósito con el que Klerman la desarrolló, según la Guía.
4. El duelo es una de las cuatro áreas problemáticas de la TIP de la depresión; la terapia no se diseñó para tratar el duelo sin depresión.

Ojo. Penadés sitúa el desarrollo de la TIP por Klerman en la década de 1970, como alternativa de tratamiento breve (cap. 17, pág. 417); la Guía lo sitúa a finales de los sesenta. La finalidad original de mantenimiento solo la dice de forma expresa la Guía; Fonseca describe el ensayo de origen con pacientes que ya respondían a la medicación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (depresión), apdo. 3.3 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, apdo. 2.2.3, pág. 314.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 115

Respuesta correcta: 2

La Terapia Interpersonal y del Ritmo Social (IPSRT), desarrollada por Frank et al. (1994), tiene como objetivos principales de tratamiento:

1. Los eventos vitales estresantes, los conflictos conyugales y el abandono de la psicoterapia.
2. Los eventos vitales estresantes, las rupturas en los ritmos sociales y el no cumplimiento de la medicación. ✓
3. Los eventos vitales estresantes, las rupturas emocionales y el abandono de la psicoterapia.
4. Los eventos vitales estresantes, las rupturas en los procesos psicosociales y el no cumplimiento de las recomendaciones psicoterapéuticas.

La IPSRT se dirige a los eventos vitales estresantes, a las rupturas de los ritmos sociales y al incumplimiento de la medicación

La **terapia interpersonal y del ritmo social** (IPSRT) de Frank et al. (1994) se apoya en la terapia interpersonal de Klerman, en el modelo de inestabilidad del trastorno bipolar de Goodwin y Jamison y en el papel del contexto social de los episodios afectivos. De ahí que, según la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*, sus objetivos centrales sean **los eventos vitales estresantes, las rupturas en los ritmos sociales y el no cumplimiento de la medicación**. Fonseca recoge la misma estructura en sus elementos básicos: la terapia del **ritmo social** para regular las rutinas diarias, la terapia interpersonal para el vínculo entre el estado de ánimo y los eventos de la vida, y la educación para los hábitos relacionados con la **medicación**.

1. Los conflictos conyugales y el abandono de la psicoterapia no figuran entre los tres objetivos; el tercero es el no cumplimiento de la medicación.
2. Son los tres objetivos centrales que la Guía atribuye a la IPSRT.
3. Las «rupturas emocionales» sustituyen a las rupturas en los ritmos sociales, que son el núcleo de la terapia.
4. La terapia se dirige a los ritmos sociales y a la medicación, no a procesos psicosociales en general ni a las recomendaciones psicoterapéuticas.

TABLA 10.6. ELEMENTOS ESENCIALES Y FASES DE LA TERAPIA INTERPERSONAL Y DE RITMOS SOCIALES

Apartado	Contenido
Elementos básicos de la terapia	Terapia del ritmo social para regular las rutinas diarias y enfatizar el vínculo con el estado de ánimo.
Elementos básicos de la terapia	Terapia interpersonal para enfatizar el vínculo entre el estado de ánimo y los eventos de la vida (p. ej., problemas interpersonales tipo duelo, transición de roles, disputas de roles, déficits interpersonales).
Elementos básicos de la terapia	Educación para apoyar hábitos y rutinas relacionadas con la medicación.
Fases de tratamiento	1. Fase inicial: formulación del caso (se recoge la historia clínica y se registran los síntomas y aspectos interpersonales), se fijan los objetivos terapéuticos y se valora la necesidad del tipo de tratamiento necesario.
Fases de tratamiento	2. Fase intermedia: regulación de los ritmos sociales y resolución de problemas.
Fases de tratamiento	3. Fase de mantenimiento: mantenimiento de los ritmos sociales, anticipación y resolución de problemas interpersonales antes de que originen estrés, y mantenimiento del ánimo eutímico.
Fases de tratamiento	4. Fase final: reducción de la frecuencia de las visitas para trabajar la finalización de la intervención.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 10, tabla 10.6, pág. 343

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 6 (trastorno bipolar), apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, apdo. 3.2.4, tabla 10.6, pág. 343.

EN EL ATLAS Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 145

183

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

Dentro de las intervenciones para el tratamiento del trastorno bipolar, la que mayor consenso clínico y apoyo empírico preliminar presenta, es la:

1. Terapia familiar.
2. Terapia cognitiva.
3. Terapia interpersonal.
4. Psicoeducación. ✓

La psicoeducación es la intervención para el trastorno bipolar con mejor apoyo en la revisión de Parikh

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* recoge que el tratamiento psicosocial del trastorno bipolar se recomienda por **un importante consenso clínico y por el apoyo empírico preliminar**. En la revisión de Parikh et al. (1997) solo la psicoeducación, la terapia familiar y la terapia interpersonal y del ritmo social contaban con algún ensayo aleatorizado, y los autores consideran mejor la **psicoeducación**, «por juzgar que es la que tiene el mejor apoyo» (recomendación A). La Guía añade que los programas para la adherencia, muchos con el nombre de psicoeducación, constituyen «quizá el más aceptado» de los abordajes. Fonseca también sitúa la psicoeducación entre los tratamientos de mayor respaldo científico.

1. La terapia familiar tiene suficiente apoyo (recomendación B), basado más en la práctica clínica que en la investigación.
2. La terapia cognitiva tiene también recomendación B y carecía de ensayos aleatorizados en esa revisión.
3. La terapia interpersonal y del ritmo social tenía un ensayo aleatorizado, pero escaso apoyo (recomendación C).
4. Es la intervención que los autores consideran mejor por su apoyo.

TABLA 6.1. VALORACIÓN DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS PARA EL TRASTORNO BIPOLAR EN LA REVISIÓN DE PARIKH ET AL. (1997)

Terapia	Ensayo clínico aleatorizado (1)	Recomendación (2)
Psicoeducación	Sí	A
Terapia familiar	Sí	B
Terapia de grupo	No	C
Terapia cognitiva	No	B
Terapia de manejo familiar conductual	No	C
Terapia interpersonal y del ritmo social	Sí	C

Fuente: Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (2003), cap. 6, apdo. 2.2, tabla 6.1. Notas: (1) al menos existe un ensayo clínico aleatorizado; (2) A = buen apoyo para la intervención que debe ser considerada para la práctica clínica; B = suficiente apoyo; C = escaso apoyo

Ojo. Fonseca (Base del tema C15) da la valoración de la APA (2019) en su tabla 10.2 (pág. 338): psicoeducación, fuerte apoyo para la manía y modesto para la depresión, y terapia centrada en la familia, fuerte apoyo para la depresión. El texto de la pág. 341 dice lo contrario para la psicoeducación (fuerte para la depresión, modesto para la manía). Con esa fuente, la terapia familiar también tendría apoyo fuerte; la clave se sostiene con la Guía, de donde procede la formulación del enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 6 (trastorno bipolar), apdos. 2.1 y 2.2, tabla 6.1 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, apdo. 3.1, págs. 335 y 338 (tabla 10.2), y apdo. 3.2.2, pág. 341.

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

184

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿En qué áreas problemáticas se centra la intervención de la Terapia Interpersonal para la Depresión?:

1. Duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. ✓
2. Habilidades sociales, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales.
3. Duelo, habilidades sociales, déficits interpersonales y aislamiento social.
4. Habilidades sociales, déficits interpersonales, aislamiento social y transición de rol.

La terapia interpersonal trabaja el duelo, las disputas, la transición de rol y los déficits interpersonales

Según la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*, la **terapia interpersonal** se centra en cuatro áreas problemáticas que no suelen faltar en la depresión: **el duelo, las disputas interpersonales, la transición del rol y los déficit interpersonales**. Fonseca las enumera igual, con las disputas como «disputas del rol», y precisa que los **déficits interpersonales** comprenden el aislamiento social y la falta de eventos sociales. Las habilidades sociales aparecen solo como técnica para trabajar algunas de esas áreas.

1. Son las cuatro áreas que recogen la Guía y Fonseca.
2. Las habilidades sociales son una estrategia de la terapia, por ejemplo en los déficits interpersonales, y falta el duelo.
3. Faltan las disputas y la transición de rol; el aislamiento social forma parte de los déficits interpersonales.
4. Falta el duelo y se añaden dos elementos que no son áreas de la terapia: las habilidades sociales y el aislamiento social.

> **Para fijarlo.** Cuatro motivos interpersonales para deprimirse: perder a alguien, pelearse con alguien, cambiar de papel o no tener a nadie.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (depresión), apdo. 3.3 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, apdo. 2.2.3, págs. 315-316.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 114

185

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes es un objetivo de los tratamientos psicológicos para el Trastorno Bipolar?:

1. Incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico. ✓
2. Sustituir al tratamiento farmacológico.
3. Preparar al paciente la retirada del tratamiento farmacológico.
4. Paliar los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.

Los tratamientos psicológicos del trastorno bipolar buscan, ante todo, mejorar la adherencia a la medicación

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* señala que las intervenciones psicosociales para el trastorno bipolar se han orientado básicamente a **incrementar la adherencia al régimen de medicación**, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida. Fonseca abre su **tabla 10.1** de objetivos de las intervenciones psicológicas con «mejorar la adherencia a la medicación» y aclara que estas intervenciones se usan **en combinación con la medicación**, como **tratamientos coadyuvantes**. La falta de adherencia es un problema destacado: más del 50 por 100 de las personas no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico.

1. Es el primer objetivo de las intervenciones psicológicas según la Guía y la tabla 10.1 de Fonseca.
2. Las intervenciones psicológicas se aplican en combinación con la medicación, como tratamientos coadyuvantes; no la sustituyen.
3. Ninguno de los dos manuales plantea preparar la retirada del fármaco; el objetivo es que el paciente lo mantenga.
4. Fonseca menciona los efectos secundarios de los fármacos como una dificultad que la psicoterapia puede ayudar a afrontar, pero no figuran entre los objetivos de la tabla 10.1 ni de la Guía.

Ojo. Fonseca dice que la medicación «necesita del ingrediente psicoterapéutico» para afrontar los objetivos que no alcanza sola o donde genera dificultades, y pone como ejemplos los efectos secundarios y la falta de adherencia (pág. 335). La opción 4 tiene, por tanto, algo de apoyo, pero la adherencia es el objetivo que ambos manuales colocan en primer lugar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 6 (trastorno bipolar), apdo. 2.1 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, apdo. 3.1, págs. 335-336 (tabla 10.1).

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

186

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Señale la opción INCORRECTA respecto de la Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la conciencia plena (mindfulness):

1 Está destinada a la prevención de recaídas en pacientes recuperados de algún episodio depresivo.

2 Se trata de un programa psicoeducativo que se aplica en grupos.

3 Busca el reconocimiento y la aceptación consciente de sentimientos y pensamientos depresógenos.

4 Se centra en la modificación del contenido de los pensamientos depresivos. ✓

La terapia cognitiva basada en la conciencia plena no busca cambiar el contenido de los pensamientos depresivos

Segal, Williams y Teasdale desarrollaron un tratamiento para la **prevención de las recaídas depresivas** que, en vez de centrarse en la **modificación del contenido de los pensamientos depresivos**, como la terapia cognitiva, ayuda a distanciarse de ellos con una nueva forma de relación. El manual de Vallejo lo describe como un **programa psicoeducativo** de ocho sesiones, en grupos de unos 12 participantes, destinado a pacientes recuperados de uno o varios episodios graves. En su segunda fase se pide aceptar los pensamientos o sentimientos negativos «sin emprender ninguna estrategia para modificarlos». Fonseca lo presenta como intervención de continuidad para prevenir recaídas, en formato grupal.

1. Es correcta: el programa está destinado a la prevención de recaídas en pacientes recuperados.
2. Es correcta: el manual lo define como programa psicoeducativo y se imparte en grupo.
3. Es correcta: se entrena a aceptar la ocurrencia de pensamientos o sentimientos negativos y a observarlos sin juzgar.
4. Es la afirmación falsa: el programa se aparta precisamente de la modificación del contenido de los pensamientos, propia de la terapia cognitiva.

Trampa. La opción falsa describe la terapia cognitiva clásica, el marco del que procede la MBCT y del que se distancia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 11 (depresión), apdo. 5.5.1, pág. 625. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, apdo. 2.2.4, págs. 316-318. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 12, pág. 637.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad | Revisar

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes niveles pertenece a los cuatro dominios de la Sistemática de la Personalidad (Magnavita, 2005, 2006)?:

1. Dominio Sociocultural-Familiar. ✓
2. Dominio Neuropsíquico-Molecular.
3. Dominio Económico-Social.
4. Dominio Sistémico-Intrapersonal.

El dominio sociocultural-familiar es uno de los cuatro de la sistemática de la personalidad de Magnavita

La sistemática de la personalidad de **Magnavita** entiende la personalidad como un sistema organizado en **cuatro dominios** que se influyen entre sí. Según el capítulo de Magnavita en el *Tratado de trastornos de la personalidad* de Belloch y Fernández-Álvarez (2010), que cita el comentario de partida, son el **dominio sociocultural-familiar**, el relacional triádico, el interpersonal diádico y el intrapsíquico-biológico. Esa obra no está en el corpus. En el corpus, Díaz-Garrido et al. citan el capítulo en su bibliografía y mencionan a Magnavita al tratar los modelos integradores de los trastornos de la personalidad, pero no describen los dominios.

1. Es uno de los cuatro dominios, el que recoge la familia y las influencias culturales y sociales.
2. El nivel biológico aparece en el dominio intrapsíquico-biológico; «neuropsíquico-molecular» no es un dominio del modelo.
3. Lo social está incluido en el dominio sociocultural-familiar; no hay un dominio económico-social.
4. Combina términos de dos dominios distintos: lo intrapersonal corresponde al dominio intrapsíquico-biológico.

Ojo. Los cuatro dominios solo se describen en Magnavita (2010), capítulo del Tratado de Belloch y Fernández-Álvarez, que no está en el corpus ni en el resto del archivo. Por eso la pregunta queda como dudosa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Magnavita, J. J. (2010). Sistemática de la personalidad: hacia un tratamiento unificado de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (eds.), Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Págs. 238-239 (no está en el corpus). Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Bibliografía. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. I. Pirámide. Cap. 2, apdo. 6.6, pág. 55.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Díaz-Garrido no es fuente de este tema.

Respuesta correcta: 2

Según las reglas de la formación de habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad ¿cuántas semanas seguidas sin acudir a terapia se considerarían necesarias para determinar que el cliente está excluido de la terapia?:

1 2 semanas.
2 4 semanas. ✓
3 6 semanas.
4 8 semanas.

Faltar cuatro semanas seguidas al entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctico-conductual supone salir de la terapia

Linehan presenta las reglas del programa en la primera sesión y explica que solo dos tienen **contingencias claras**: perderse **cuatro sesiones consecutivas** o no acudir a la cita con el terapeuta individual durante **cuatro semanas consecutivas** da como resultado la **finalización de la terapia** para ese cliente. Para el resto de las normas no hay consecuencias tan claras. Penadés define igual el abandono en la terapia dialéctico-conductual: faltar a cuatro sesiones consecutivas de cualquier componente, sean grupales del entrenamiento en habilidades o visitas individuales.

1. Dos semanas es la mitad del plazo que fija la norma.
2. Es la regla de Linehan: cuatro sesiones o cuatro semanas consecutivas.
3. Seis semanas supera el plazo; con cuatro ya se considera que el cliente ha salido de la terapia.
4. Ocho semanas duplica el plazo establecido.

Ojo. El manual de Linehan está en el corpus (Otros, Manuales de autores), pero no figura entre las fuentes del Atlas; la norma se apoya en el tema con Penadés, Consulta del tema F24.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Linehan, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós. Pág. 105.
Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24 (Tratamiento del trastorno de personalidad límite), apdo. I, pág. 598.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual. Linehan no es fuente de este tema. Se estudia con Penadés (Consulta).

189

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

El programa de intervención STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) (Blum et al., 2008) para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad consta de tres componentes: 1) psicoeducación, 2) entrenamiento en habilidades para el manejo de las emociones y ¿cuál es el tercero?:

1. Entrenamiento en habilidades sociales.
2. Entrenamiento en técnicas de mindfulness.
3. Entrenamiento en flexibilidad cognitiva.
4. Entrenamiento para el manejo de las conductas. ✓

El STEPPS combina conciencia de enfermedad, regulación emocional y regulación de las conductas

El **STEPPS** (Blum et al.) es un protocolo grupal de 20 sesiones semanales para el trastorno de la personalidad límite. Díaz-Garrido et al. describen **tres fases**: la **conciencia de enfermedad** (sesiones 1-2), con psicoeducación sobre el trastorno y el concepto de esquema; el **entrenamiento en habilidades para la regulación emocional** (sesiones 3-12: distanciamiento, comunicación, reto, distracción y afrontamiento de problemas), y el **entrenamiento en habilidades para la regulación de las conductas** (sesiones 13-20), con el establecimiento de metas en áreas como la alimentación, el sueño o el ocio y el abordaje de las conductas autodestructivas.

1. Las relaciones interpersonales son una de las áreas que se trabajan en la tercera fase, pero el componente es la regulación de las conductas.
2. El mindfulness no es un componente del programa; entre las habilidades emocionales está el distanciamiento, darse cuenta de lo que ocurre sin juzgar.
3. El cuestionamiento de pensamientos («reto») es una de las cinco habilidades que se entrenan dentro de la fase de regulación emocional.
4. Es la tercera fase del programa, la regulación de las conductas.

Ojo. El enunciado llama «psicoeducación» al primer componente, que Díaz-Garrido et al. denominan conciencia de enfermedad. El comentario de partida cita el Tratado de Belloch y Fernández-Álvarez (2010, pág. 316), que no está en el corpus. Fonseca (Base del tema C19) solo lo menciona como aproximación prometedora para el trastorno límite (pág. 561 y tabla 19.7).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 10 (García Palacios y Lorente Català), apdo. 2.2, págs. 205-207.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes habilidades correspondería a una habilidad de distracción según la Terapia Dialéctica Conductual?:

1. Ayudar a los demás. ✓
2. Practicar la relajación.
3. Vivir el presente en cada momento.
4. Practicar la aceptación radical.

Ayudar a los demás es una de las siete habilidades de distracción de Linehan

En el módulo de **tolerancia al malestar**, las estrategias de **supervivencia a las crisis** se agrupan en distraerse, proporcionarse estímulos positivos con los cinco sentidos, **mejorar el momento** y pensar en los pros y contras. Linehan enumera **siete habilidades de distracción**: actividades distractoras, **ayudar a los demás**, hacer comparaciones, generar emociones opuestas, dejar de lado la situación negativa, pensamientos distractores y sensaciones intensas. Ayudar a los demás distrae porque concentra la atención en lo que se puede hacer por otros. La **aceptación radical** pertenece a otro grupo, las habilidades de aceptación de la realidad.

1. Es una de las siete habilidades de distracción.
2. Practicar la relajación figura en la ficha de tolerancia al malestar como estrategia para mejorar el momento.
3. Vivir el presente en cada momento es también una estrategia para mejorar el momento.
4. La aceptación radical pertenece a las habilidades de aceptación de la realidad.

Ojo. La lista de las siete habilidades de distracción está en Linehan (2003), que el corpus guarda en Otros (Manuales de autores) sin clave de manual. Penadés, Consulta del tema F24, separa también las técnicas de distracción (supervivencia a las crisis) de la aceptación radical (aceptación de la realidad), y Fonseca Infancia y adolescencia ilustra varias de ellas en un caso clínico (tabla 19.10).

Trampa. Los tres distractores son habilidades reales del módulo de tolerancia al malestar, pero de otros grupos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Linehan, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós. Págs. 218-219 (habilidades de tolerancia al malestar) y ficha de tolerancia al malestar n.º 1, pág. 293. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24 (Tratamiento del trastorno de personalidad límite), pág. 594.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual. Linehan no es fuente de este tema. Se estudia con Penadés (Consulta).

191

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad | Revisar

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la estrategia primordial en el tratamiento cognitivo (Beck y Freeman et al.) del trastorno paranoide de la personalidad?:

1. Tratar de relajar la vigilancia y la posición defensiva del individuo.
2. Tratar de modificar la conducta interpersonal.
3. Tratar de aumentar el sentimiento de capacidad del individuo para enfrentarse a situaciones problemáticas. ✓
4. Tratar de modificar los supuestos básicos del individuo.

En la terapia cognitiva del trastorno paranoide se empieza por aumentar la sensación de autoeficacia

Según Beck y Freeman (1995), la estrategia primordial con el **trastorno paranoide de la personalidad** es aumentar la sensación del paciente de su propia **capacidad para afrontar** las situaciones problemáticas, antes de intentar modificar sus pensamientos automáticos, su conducta interpersonal o sus supuestos básicos. Si el paciente se siente más capaz, la vigilancia y la actitud defensiva le parecen menos necesarias. Esa obra no está en el corpus. Caballo recoge la misma secuencia: la **sensación progresiva de autoeficacia** es una de las principales metas de la terapia cognitivo-conductual, y la **reestructuración cognitiva y la modificación de los esquemas básicos** siguen a los procedimientos conductuales. Entre sus pautas generales incluye que las intervenciones que aumentan la autoeficacia reducen los síntomas y facilitan otras intervenciones.

1. Según Beck y Freeman, la vigilancia y la posición defensiva se relajan como consecuencia de aumentar la autoeficacia.
2. Las habilidades interpersonales son otra meta, pero se trabajan después de reforzar la sensación de capacidad.
3. Es la estrategia primordial que proponen Beck y Freeman y la meta que Caballo sitúa en primer plano.
4. La modificación de los supuestos o esquemas básicos sigue a los procedimientos más conductuales.

Ojo. La formulación «estrategia primordial» es de Beck y Freeman (1995, págs. 90-91), que no están en el corpus. Caballo menciona la autoeficacia «junto con» el control de la ansiedad y las habilidades interpersonales como metas de la terapia, sin jerarquizarlas, así que con el corpus solo puede descartarse con seguridad la opción 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós. Págs. 90-91 (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, págs. 512 y 538. Caballo, V. E. (coord.) (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Síntesis. Cap. 2, pág. 72.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Caballo 1998 (Consulta).

Respuesta correcta: 4

¿Qué duración se suele recomendar para llevar a cabo una sesión de inundación?:

1 Entre 10 y 15 minutos.

2 Entre 15 y 30 minutos.

3 Entre 30 y 60 minutos.

4 Entre 60 y 120 minutos. ✓

Las sesiones de inundación duran una hora o más

La **inundación** es la exposición en vivo en la que se entra en contacto desde el principio con situaciones que producen un alto nivel de ansiedad. Díaz, Ruiz y Villalobos indican que **la duración de las sesiones suele ser de una hora o más**, para permitir una **exposición prolongada**, y que las sesiones largas son más eficaces que las cortas. Olivares y Méndez (2008), la obra que cita el comentario de partida, concretan que las sesiones deben durar como mínimo una hora y como máximo dos, según la cronicidad o el tipo de conducta problema.

1. Diez a quince minutos queda muy por debajo de la hora que se considera necesaria.
2. Quince a treinta minutos tampoco permite una exposición prolongada.
3. El rango de 30 a 60 minutos se queda por debajo de lo indicado, que es una hora o más.
4. Coincide con la duración de una hora o más del manual y con el rango de una a dos horas de Olivares y Méndez.

> **Ojo.** El rango exacto de 60 a 120 minutos es de Olivares y Méndez (2008, págs. 120-121), que no están en el corpus. Díaz, Ruiz y Villalobos solo fijan el mínimo de una hora.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Págs. 120-121 (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. 4, págs. 214 y 220.

EN EL ATLAS: Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

193

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 1

¿Qué autor incluye en su terapia someter a "prueba de realidad" los pensamientos, como estrategia terapéutica?:

1. A. T. Beck. ✓
2. A. Ellis.
3. M. J. Mahoney.
4. A. Bandura.

Someter los pensamientos a prueba de realidad es la estrategia de la terapia cognitiva de Beck

Díaz, Ruiz y Villalobos definen la **terapia cognitiva** de Beck como un procedimiento estructurado y de tiempo limitado que utiliza como estrategias fundamentales el razonamiento deductivo y la **comprobación de hipótesis**, para que la persona aprenda a identificar y **contrastar sus pensamientos disfuncionales**. Rodríguez Morejón lo concreta al compararla con Ellis: la técnica de Beck está más enfocada a que las personas **contrasten sus creencias con la realidad** y busquen ellas mismas ideas alternativas. Olivares y Méndez (2008), que cita el comentario de partida, sitúan en la primera fase de esta terapia el examen y la prueba de realidad de las imágenes y los pensamientos automáticos.

1. Es la estrategia característica de la terapia cognitiva de Beck.
2. Ellis trabaja los «debos» con independencia de los síntomas; Morejón atribuye el contraste con la realidad a Beck.
3. Mahoney aparece en Díaz y Ruiz con su ciencia personal, entre las técnicas de solución de problemas, y en el enfoque constructivista.
4. Bandura es el autor de la teoría del aprendizaje social y del modelado, no de una terapia basada en la prueba de realidad de los pensamientos.

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, pág. 400; cap. 1, pág. 70. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 16, pág. 284. Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Pág. 422 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Morejón (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿De cuántas fases se compone el entrenamiento en autoinstrucciones postulado por D. Meichenbaum?:

1 Cuatro.
2 Cinco. ✓
3 Seis.
4 Ocho.

El entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman tiene cinco pasos

Meichenbaum y Goodman (1971) diseñaron el **entrenamiento en autoinstrucciones** para enseñar a niños impulsivos a pensar y planificar antes de actuar. Se basaron en las tres fases de **Luria** sobre la interiorización del lenguaje: primero regula la conducta el lenguaje del adulto, después el del niño y, por último, las instrucciones subvocales encubiertas. El entrenamiento se realizaba en **cinco pasos**: modelado cognitivo, modelado cognitivo participante, autoinstrucciones en voz alta, **desvanecimiento** de las autoinstrucciones en voz alta y autoinstrucciones encubiertas.

1 Cuatro pasos dejaría fuera uno de los que recoge el manual.
2 Son los cinco pasos del procedimiento original de Meichenbaum y Goodman.
3 Seis no corresponde al procedimiento; quizá se confunde con la suma de las tres fases de Luria y las tres etapas del proceso cognitivo.
4 Ocho no corresponde a ninguna división del entrenamiento que recoja el manual.

PASOS DEL ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES (MEICHENBAUM Y GOODMAN, 1971)

Paso	Descripción
1. Modelado cognitivo	Un modelo adulto realizaba una tarea consistente en hacer un dibujo dándose instrucciones concretas a medida que iba llevando a cabo cada uno de los pasos: cómo realizar cada línea, cómo corregir un error, auto-refuerzo por la ejecución correcta, etc. (e.g. "¿qué es lo que tengo que hacer? Copiar el dibujo con todas sus líneas, ir despacio y con cuidado, voy a dibujar esta línea hacia abajo, bien, ahora sigo por la que está a la izquierda, ahora voy a ir subiendo por la raya de la derecha, me he salido un poco de la línea, no pasa nada voy a borrar con cuidado y continúo, ahora vuelvo a dibujar la raya, bien, hasta ahora voy bien").
2. Modelado cognitivo participante	En un paso posterior, el niño realizaba la tarea mientras que el modelo iba verbalizando las instrucciones en voz alta.
3. Auto-instrucciones en voz alta	A continuación era el niño quien iba diciendo en voz alta las auto-instrucciones a medida que realizaba la tarea.
4. Desvanecimiento de las auto-instrucciones en voz alta	Posteriormente el niño solo susurraba las auto-instrucciones mientras llevaba a cabo la tarea.
5. Auto-instrucciones encubiertas	Finalmente el niño realizaba la tarea mientras se daba a sí mismo, internamente, las auto-instrucciones oportunas.

Fuente: Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), cap. 9, apdo. 2.2, pág. 438

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 9, apdo. 2.2, págs. 437-438.

EN EL ATLAS
Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

195

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 3

La desensibilización por contacto, aparte de Desensibilización Sistemática ¿qué otra técnica incluye?:

1. El entrenamiento en autocontrol.
2. La realidad virtual.
3. El modelado. ✓
4. La inclusión de estímulos principalmente físicos.

La desensibilización por contacto combina la desensibilización en vivo con el modelado

En el **modelado participante** el observador atiende a la conducta del modelo y, cuando este la ejecuta, la ejecuta a su vez con la ayuda verbal y física del modelo si es necesario. Combina **modelado**, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y **desensibilización en vivo**, y también se conoce como **desensibilización por contacto** (Ritter, 1968, 1969) o participación guiada (Bandura, 1976). Sus pasos son la exposición y actuación del modelo, la instigación con ensayo y desensibilización en vivo, la retirada progresiva de los instigadores y la práctica en otros contextos.

1. El entrenamiento en autocontrol no forma parte del procedimiento.
2. La realidad virtual es una forma de exposición simbólica, distinta de este procedimiento en vivo.
3. Es la técnica que se suma a la desensibilización: el terapeuta actúa como modelo.
4. Los estímulos físicos aparecen como ayudas o instigadores que el modelo emplea para guiar al niño; no definen la técnica.

Ojo. Caballo y Simón incluyen la desensibilización por contacto, la práctica reforzada y el moldeamiento entre las técnicas que usan estímulos discriminativos físicos, como dar la mano al niño y acariciar juntos una serpiente (pág. 73). Por eso la opción 4 se parece a la descripción de la técnica, aunque se refiere a las ayudas que se emplean y deja fuera el modelado.

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, pág. 305. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, pág. 73.

EN EL ATLAS

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

196

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Respuesta correcta: 2

¿Qué forma de proceder sería la recomendable si se aplica el reforzamiento positivo encubierto?:

1. Conviene utilizar inicialmente un programa de razón variable para pasar posteriormente a uno de razón fija.
2. Conviene utilizar inicialmente un programa de razón fija para pasar posteriormente a uno de razón variable. ✓
3. Conviene combinar intermitentemente e intercalar programas de razón fija y variable.
4. Conviene utilizar inicialmente un programa intermitente para pasar posteriormente a uno continuo.

En el reforzamiento encubierto se empieza con razón fija y se pasa después a razón variable

Las técnicas de **condicionamiento encubierto** de Cautela utilizan la imaginación para representar estímulos, respuestas y consecuencias; salvo esa característica, son **esencialmente iguales a los métodos no encubiertos**. Por eso siguen las reglas de los **programas de reforzamiento**: para instaurar una conducta conviene el **reforzamiento continuo**, que equivale a reforzar cada respuesta, y para mantenerla son más apropiados los intermitentes, que producen conductas más resistentes a la extinción. Entre ellos, el de **razón variable** genera un alto nivel de respuesta muy resistente a la extinción. Olivares y Méndez (2008), que cita el comentario de partida, lo aplican al reforzamiento positivo encubierto: inicialmente razón fija igual a uno y finalmente razón variable.

1. Invierte el orden: la razón variable corresponde a la fase de mantenimiento.
2. Es la secuencia recomendada: razón fija igual a uno, es decir, continuo, y después razón variable.
3. La alternancia de programas no es la pauta que se recomienda para instaurar la conducta; primero va el reforzamiento continuo.
4. Invierte la secuencia del manual: se empieza con reforzamiento continuo y se pasa al intermitente.

Ojo. La aplicación de la secuencia al reforzamiento positivo encubierto es de Olivares y Méndez (2008, pág. 235) y de Labrador (2008, pág. 444), que no están en el corpus. Díaz, Ruiz y Villalobos dan las reglas generales de los programas de reforzamiento y la equivalencia entre técnicas encubiertas y no encubiertas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Pág. 235 (no está en el corpus). Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 444 (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. 12, págs. 614-615 y 617; cap. 3, págs. 170-171.

EN EL ATLAS

Tema F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base). Díaz y Ruiz es Base del tema F12 · Técnicas operantes.

197

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Respuesta correcta: 1

¿En qué principio operante se basa el coste de respuesta encubierto?:

1. En el castigo negativo. ✓
2. En la extinción encubierta.
3. En el reforzamiento negativo.
4. En el desvanecimiento.

El coste de respuesta encubierto se basa en el castigo negativo

El **coste de respuesta encubierto** es una de las técnicas de condicionamiento encubierto de Cautela para **disminuir la frecuencia de una conducta**, junto con la sensibilización encubierta y la extinción encubierta. Como las técnicas encubiertas son esencialmente iguales a los métodos no encubiertos, comparte su principio operante. En la versión manifiesta, el **castigo negativo** consiste en retirar consecuencias apetitivas, y el **coste de respuesta** es uno de sus dos tipos: la pérdida de un reforzador positivo del que dispone el individuo, como la retirada de puntos del carné de conducir por una infracción.

1. Es el principio del coste de respuesta: la retirada de un reforzador positivo contingente a la conducta.
2. La extinción encubierta es otra técnica del mismo grupo de Cautela.
3. El reforzamiento negativo aumenta la conducta y da nombre a otra técnica encubierta, de las que incrementan su frecuencia.
4. El desvanecimiento es la retirada gradual de ayudas o instigadores para instaurar una conducta.

TABLA 1. TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

Técnicas de condicionamiento encubierto	Técnicas
Técnicas de condicionamiento encubierto para la disminución de la frecuencia de una conducta	Sensibilización encubierta; Extinción encubierta; Coste de respuesta encubierta
Técnicas de condicionamiento encubierto para el aumento de la frecuencia de una conducta.	Reforzamiento positivo encubierto; Reforzamiento negativo encubierto
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del aprendizaje social	Modelado encubierto
Técnicas de condicionamiento encubierto basadas en el modelo del autocontrol	Detención de pensamiento; Tríada del autocontrol

Fuente: Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), cap. 12, tabla 1, pág. 615

Trampa. La extinción y el reforzamiento negativo encubiertos son técnicas reales de Cautela; el distractor usa su nombre en lugar del principio operante que se pregunta.

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. 3.1, tabla 1, pág. 615; cap. 3, apdo. 5.3.2, págs. 183-184. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 443 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base). Díaz y Ruiz es Base del tema F12 · Técnicas operantes.

198 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia

Respuesta correcta: 1

En el área de las nuevas tecnologías al servicio de la intervención psicológica ¿qué tecnología permite superponer objetos o elementos tridimensionales, generados a través del ordenador, sobre una escena real de tal manera que el usuario pueda visualizar ambas cosas a la vez?:

1. La realidad aumentada. ✓
2. La ciberterapia.
3. La realidad virtual.
4. La virtualidad aumentada.

La realidad aumentada superpone objetos virtuales a la escena real

El continuo virtualidad-realidad de Milgram y Kishino (1994) distingue la realidad, la **realidad aumentada**, la **virtualidad aumentada** y la **realidad virtual**. En la realidad aumentada el mundo real incorpora y fusiona elementos virtuales o datos generados por ordenador, es decir, el mundo real es «aumentado» con objetos virtuales. Penadés la describe igual dentro de la realidad extendida: similar a la realidad virtual, pero integrando los elementos virtuales en el mundo real. Fonseca la cita entre las tecnologías de la información en expansión en psicoterapia.

1. Es la tecnología que superpone elementos generados por ordenador a la escena real.
2. Ciberterapia es un término general para la aplicación de tratamientos a través de las tecnologías, como internet o el móvil; no designa esta técnica de superposición.
3. La realidad virtual incluye mundos totalmente simulados, formados solo por objetos virtuales.
4. La virtualidad aumentada es lo inverso: entornos simulados en los que se incluyen elementos del mundo real.

Ojo. El término «ciberterapia» no aparece definido en las obras del corpus consultadas; la explicación de la opción 2 sigue al comentario de partida, que cita a Labrador (2008, pág. 661), obra que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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. 4 (Baños et al., miedo a las tormentas), apdo. 1 (edición digital sin paginación impresa). Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 32 (Nuevas tecnologías en psicoterapia), pág. 765. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 1, pág. 57. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 661 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C1 · Psicología basada en la evidencia. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

199 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

¿En qué fase de la Solución de Problemas (D`Zurilla y Goldfried) se anticipan las consecuencias o resultados de la decisión?:

1. En la Definición y formulación del problema.
2. En la de Propuesta de alternativas.
3. En la de Toma de decisiones. ✓
4. En la de Puesta en práctica y verificación de la solución.

En la toma de decisiones se anticipan las consecuencias de cada alternativa

D'Zurilla y Goldfried (1971) establecieron cinco fases: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, **toma de decisiones** y verificación. En la toma de decisiones se valoran las alternativas generadas: se hace una primera criba y se analiza cada una **anticipando las consecuencias positivas y negativas** de su implantación, que se puntúan de 0 a 10. En la generación de alternativas rige el **aplazamiento del juicio**, por lo que en ella todavía no se valoran.

1. En la definición y formulación del problema se recoge información sobre los hechos y se establecen metas realistas.
2. En la generación de alternativas se aplaza el juicio: no es el momento de valorar su adecuación.
3. Es la fase en la que se anticipan y valoran las consecuencias.
4. En la implementación y verificación se ejecuta la solución elegida y se comparan los resultados obtenidos con los anticipados.

Trampa. La verificación también compara resultados con lo previsto, pero lo hace después de actuar; la anticipación de consecuencias es previa a la decisión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 9, apdo. 4.3.2.1, págs. 472-475.

EN EL ATLAS: Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

200

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes | Revisar

Respuesta correcta: 4

¿Qué modalidad de encadenamiento se suele emplear con mayor frecuencia?:

1. El encadenamiento hacia adelante.
2. El encadenamiento inhibitorio.
3. El encadenamiento de tarea completa.
4. El encadenamiento hacia atrás. ✓

El encadenamiento hacia atrás empieza por el último eslabón de la cadena

Díaz, Ruiz y Villalobos describen, siguiendo a Martin y Pear (1999), **tres tipos de encadenamiento**: la presentación de la cadena total, en la que se entrenan todos los pasos en cada ensayo; el **encadenamiento hacia adelante**, que empieza por el paso inicial, y el **encadenamiento hacia atrás**, que comienza por la conducta meta y va añadiendo los eslabones que la preceden hasta llegar al inicial. Olivares y Méndez (2008), que cita el comentario de partida, señalan que el encadenamiento hacia atrás es la variante más empleada.

1. El encadenamiento hacia adelante es uno de los tres tipos, pero no el que se señala como más empleado.
2. No existe un «encadenamiento inhibitorio» entre las modalidades que describe el manual.
3. La presentación de la cadena total es otra modalidad, sin que se la señale como la más frecuente.
4. Es la variante que Olivares y Méndez señalan como más empleada.

Ojo. Que el encadenamiento hacia atrás sea el más empleado lo dicen Olivares y Méndez (2008, pág. 156), que no están en el corpus. Díaz, Ruiz y Villalobos describen las tres modalidades sin compararlas en frecuencia; en el corpus, Vallejo y Rodríguez lo eligen como técnica básica de instrucción en programas de comunicación para el TEA (págs. 696 y 706).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Olivares, J. y Méndez, F. X. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Biblioteca Nueva. Pág. 156 (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. 3, apdo. 4.2, págs. 173-175.

EN EL ATLAS

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

201

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes NO es uno de los cuatro temas básicos de la Terapia de Aceptación y Compromiso?:

1. Los valores.
2. La exposición.
3. Desactivación de funciones y el distanciamiento.
4. Los valores contextuales-familiares. ✓

Los cuatro temas básicos de la ACT son valores, exposición, desactivación y fortalecimiento del cliente

Wilson y Luciano presentan los componentes básicos de la **terapia de aceptación y compromiso** (ACT) situando los **valores** del cliente en el centro desde el primer momento. Definen **cuatro temas básicos** a los que el terapeuta ha de atender en cada sesión: los valores, la **desactivación de funciones y el distanciamiento**, la **exposición** a los eventos privados temidos que actúan como barreras y el **fortalecimiento del cliente**. La desactivación consiste en reducir el dominio del lenguaje, interrumpir las barreras y fomentar el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo.

1. Los valores son el tema central: clarificarlos y dar pasos en la dirección elegida.
2. La exposición es otro tema básico: contactar con las barreras o eventos privados temidos para caminar en la dirección valiosa.
3. La desactivación de funciones y el distanciamiento forman el tercer tema básico.
4. No es uno de los cuatro temas: los valores de la ACT son los del cliente, sin una clase «contextual-familiar»; el cuarto tema es el fortalecimiento del cliente.

Trampa. El distractor correcto reutiliza dos palabras de la ACT, valores y contexto, para formar un tema que no existe.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Pirámide. Cap. 3, pág. 101.

EN EL ATLAS

Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso y terapias contextuales. Se estudia con Wilson y Luciano (Consulta).

202

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 1

¿Al tratamiento de qué trastornos va dirigido el protocolo de terapia grupal cognitiva-conductual transdiagnóstica de P. J. Norton (2012)?:

1. Trastornos de ansiedad. ✓
2. Trastornos del estado de ánimo unipolares.
3. Trastornos del estado de ánimo unipolares y trastorno bipolar.
4. Trastorno límite de personalidad.

El protocolo transdiagnóstico grupal de Norton se dirige a los trastornos de ansiedad

Penadés, al exponer las estrategias transdiagnósticas, señala que **Norton (2012) desarrolló un protocolo para el tratamiento de la ansiedad**. Sandín, Chorot y Valiente (2012) explican que el grupo de Norton llevó a cabo el primer ensayo aleatorizado de **TCC transdiagnóstica en formato grupal** con un grupo heterogéneo de pacientes con trastornos de ansiedad, también con diagnóstico secundario de depresión, y que en su formato actual el protocolo de Norton (2012) es **de elección para el tratamiento transdiagnóstico en grupo de los trastornos de ansiedad**.

1. Es el grupo de trastornos al que se dirige el protocolo.
2. La depresión aparece en esos estudios como diagnóstico secundario de pacientes con ansiedad.
3. Los trastornos bipolares no forman parte de la población a la que se dirige.
4. El trastorno de la personalidad límite no es la diana de este protocolo.

Ojo. El artículo de Sandín, Chorot y Valiente (2012), que cita el comentario de partida, no está en el corpus del Atlas; hay una copia en el Drive (Fondo Común). En una búsqueda en todo el corpus, el protocolo de Norton solo aparece descrito en Penadés, que lo menciona en el capítulo del pánico y la agorafobia; en las demás obras figura en la bibliografía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17(3), 185-203. Págs. 197-198 (no está en el corpus). Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 9 (Tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia), pág. 208.

EN EL ATLAS

Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Penadés no es fuente de este tema.

203

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina la técnica operante que consiste en introducir sistemáticamente ayudas o instigadores para que el sujeto aprenda una conducta y posteriormente procede a la retirada progresiva de dichas ayudas o instigadores:

1. Desvanecimiento. ✓
2. Encadenamiento hacia atrás.
3. Moldeamiento.
4. Modelamiento.

Introducir ayudas y retirarlas poco a poco es la técnica de desvanecimiento

Entre las técnicas operantes para instaurar conductas nuevas, Díaz, Ruiz y Villalobos describen el **moldeamiento**, el **encadenamiento** y la instigación con su retirada. Los **instigadores** son señales, instrucciones, gestos, guía física o modelos que ayudan a iniciar una respuesta. Al procedimiento sistemático de introducción de ayudas o instigadores para aprender una conducta **y su retirada gradual** una vez consolidada se le llama **desvanecimiento o atenuación**.

1. Es la técnica que el enunciado define.
2. El encadenamiento hacia atrás empieza por la conducta meta y va añadiendo los eslabones anteriores; usa instigadores, pero no se define por su retirada.
3. El moldeamiento refuerza los pequeños pasos o aproximaciones sucesivas a una conducta meta.
4. El modelamiento o modelado consiste en aprender observando la conducta de un modelo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, apdos. 4-4.3, págs. 172-177.

EN EL ATLAS

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

204 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo a menudo se da información a los pacientes sobre los pensamientos intrusos u obsesiones no clínicas, que se describen como:

1. Pensamientos que nos hacen vulnerables a tener un trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Pensamientos experimentados por la población general, y similares en contenido a las obsesiones clínicas. ✓
3. Pensamientos que se recomienda evitar o suprimir cuando se experimentan.
4. Pensamientos cuyo contenido debe ser rebatido una vez los experimentan.

Los pensamientos intrusos son comunes en la población general y parecidos a las obsesiones

El modelo cognitivo del TOC parte de que las obsesiones tienen su origen en **pensamientos intrusos normales**, que tiene casi el 90 % de la población general sin que sean cualitativamente distintos de las obsesiones. Fonseca recoge que el **90 por 100 de las personas** reconocen tener ese tipo de pensamientos, y que lo decisivo es cómo se interpretan y valoran. Por eso la **psicoeducación** del tratamiento explica la **normalidad y universalidad** de los pensamientos intrusos con contenido obsesivo (Penadés) y que nadie tiene un control total sobre lo que piensa (Vallejo).

1. Casi todo el mundo tiene pensamientos intrusos; según Fonseca, el problema surge en quienes los interpretan de forma inadecuada y catastrófica.
2. Es la información que se da: son frecuentes en la población general y de contenido parecido a las obsesiones clínicas.
3. Evitar o suprimir los pensamientos es contraproducente: en el caso clínico de Fonseca, detenerlos hace que reboten.
4. El manual de Vallejo propone aceptar el pensamiento obsesivo y tolerarlo en lugar de intentar eliminarlo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 394 y 402. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9, págs. 456 y 478. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 13 (Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo), pág. 303.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

205

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En el marco del modelo metacognitivo de Wells (2009) y por lo que respecta a el Trastorno de ansiedad generalizada, se afirma que:

1. Las preocupaciones Tipo 1 se refieren a eventos externos o internos de tipo cognitivo.
2. Las preocupaciones Tipo 2 llevan al paciente a prestar menos atención a los pensamientos no deseados y a una peor detección de los mismos.
3. Las preocupaciones Tipo 2 llevan al paciente a poner en marcha conductas de seguridad dirigidas a encontrar tranquilización. ✓
4. El Tratamiento debe centrarse prioritariamente en el cuestionamiento de las preocupaciones sobre eventos externos o internos no cognitivos.

Las preocupaciones tipo 2 llevan a conductas de seguridad para buscar tranquilización

El modelo metacognitivo de Wells distingue las preocupaciones **tipo 1**, sobre sucesos externos y sucesos internos no cognitivos, como los síntomas físicos, y las **tipo 2** o **metapreocupaciones**, sobre la propia preocupación, activadas por creencias negativas sobre su incontrolabilidad y peligrosidad. Las tipo 2 se asocian con estrategias ineficaces para evitar preocuparse, entre ellas la **búsqueda de reaseguración** y la evitación. Bados, en la 2.ª edición del manual de Vallejo, enumera sus efectos: **mayor atención** a los pensamientos no deseados y mejor detección de los mismos, intentos de controlarlos y **conductas motoras de seguridad dirigidas a buscar tranquilización**.

1. Las tipo 1 se refieren a sucesos externos o internos no cognitivos; las referidas a lo cognitivo son las tipo 2.
2. Invierte el efecto: las tipo 2 llevan a mayor atención a los pensamientos no deseados y a su mejor detección.
3. Es uno de los efectos de las preocupaciones tipo 2.
4. El tratamiento de Wells se dirige a modificar la preocupación tipo 2 y las creencias negativas sobre la preocupación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (trastorno de ansiedad generalizada), apdo. 3.4, pág. 226. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Bados), pág. 269. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11 (Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada), pág. 243. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 60 y 69.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 141

206

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 2

¿Qué programa de tratamiento para el trastorno de ansiedad por enfermedad/ hipocondría se presenta como un curso que permitirá aprender sobre la percepción de los síntomas físicos?:

1. El programa propuesto desde la Psicología del "self" de Diamond.
2. El tratamiento del estilo somático amplificador de Barsky. ✓
3. El tratamiento de las interpretaciones catastrofistas de Warwick y Salkovskis.
4. El tratamiento cognitivo de Kellner.

La terapia de Barsky se presenta como un curso sobre la percepción de los síntomas físicos

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* describe la **terapia cognitivo-educativa** de Barsky et al.: su meta es aprender sobre la **naturaleza, percepción e informe de los síntomas físicos** y sobre los factores psicológicos que **amplifican el malestar somático**, mejorar el afrontamiento y reducir la limitación funcional más que eliminar los síntomas. Dura diez sesiones semanales en grupo y **se presenta como un curso acerca de la percepción de síntomas**, con materiales didácticos. Fonseca recoge un taller educativo basado en el enfoque de Barsky et al. (1988).

1. La psicología del self de Diamond subraya una vulnerabilidad personal a la ansiedad por la salud derivada de experiencias precarias para consolidar el self.
2. Es el programa que se presenta como un curso sobre la percepción de los síntomas.
3. El tratamiento cognitivo de Warwick y Salkovskis tiene como objetivo principal modificar las interpretaciones erróneas y alarmantes de las sensaciones corporales.
4. La terapia explicativa de Kellner ofrece información correctora de ideas erróneas y explicaciones alternativas y benignas, e incluye el desaprendizaje.

Ojo. Fonseca (Base del tema C17) agrupa la terapia explicativa de Kellner entre las intervenciones psicoeducativas (pág. 463), así que la opción 4 se parece a la clave. Lo que la Guía atribuye solo a Barsky es el formato de curso sobre la percepción de los síntomas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 15 (hipocondría), apdos. 3.3.1, 3.5.1 y 3.5.2 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, pág. 463.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 149

207

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 4

¿Qué diagnostico (DSM 5) sugiere los siguientes síntomas en un adolescente de 16 años?: Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en el último año de al menos 3 conductas en cualquiera de las siguientes categorías (agresión a personas y animales; destrucción de la propiedad; engaño o robo; incumplimiento grave de normas) existiendo al menos 1 en los últimos 6 meses:

1. Trastorno negativista desafiante.
2. Trastorno explosivo intermitente.
3. Trastorno de adaptación.
4. Trastorno de conducta. ✓

Tres conductas del criterio A en el último año, una de ellas en los últimos seis meses, definen el trastorno de conducta

El enunciado es el criterio A del **trastorno de conducta**: un patrón repetitivo y persistente en el que no se respetan los **derechos básicos de otros** ni las normas o reglas sociales propias de la edad, con al menos **tres de los quince criterios** en los últimos doce meses y al menos **uno en los últimos seis**. Los criterios se agrupan en **agresión a personas y animales**, destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas. A los 16 años no se plantea el trastorno de la personalidad antisocial, que exige como mínimo 18.

1. El trastorno negativista desafiante no incluye agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad ni un patrón de robos o engaños.
2. El trastorno explosivo intermitente se limita a arrebatos agresivos impulsivos y no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta, como el engaño o el incumplimiento de normas.
3. El trastorno de adaptación se plantea ante problemas de conducta ligados a un factor estresante que no cumplen los criterios de otro trastorno; el trastorno de conducta es un patrón repetitivo y persistente.
4. Es el criterio A del trastorno de conducta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conducta, págs. 469-470 y 474-475.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 152, PIR 2017 · n.º 177, PIR 2018 · n.º 209, PIR 2023 · n.º 144

208

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 1

Según el DSM 5 cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Enuresis NO es correcta:

1. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de, al menos, 2 veces por semana durante un mínimo de 6 meses. ✓
2. La edad cronológica del paciente es de, por lo menos, 5 años (o desarrollo equivalente).
3. La prevalencia de la enuresis es de 3-5% en niños de 10 años.
4. La enuresis nocturna es más frecuente en niños que en niñas.

El criterio B de la enuresis pide dos episodios semanales durante al menos 3 meses

La pregunta busca la afirmación falsa. El **criterio B** del DSM-5 considera clínicamente significativa la enuresis cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos **2 veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos**, o cuando causa malestar o deterioro. La opción 1 cambia los 3 meses por 6. Las demás copian el manual. El **criterio C** pide una edad cronológica de al menos **5 años** o un grado de desarrollo equivalente, la prevalencia es del 3-5 % a los 10 años y la enuresis nocturna es más común entre los niños.

1. Es la falsa. El criterio B exige al menos 2 veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos.
2. Es el criterio C, que en los niños con retraso del desarrollo se aplica a la edad mental.
3. El DSM-5 da una prevalencia del 5-10 % a los 5 años, del 3-5 % a los 10 y de alrededor del 1 % a partir de los 15.
4. El apartado de género dice que la enuresis nocturna es más común entre los niños y la incontinencia diurna, entre las niñas.

Ojo. El DSM-5-TR refiere esas cifras de prevalencia a la enuresis nocturna en varios ámbitos geográficos y cuantifica el predominio masculino en casi 2:1 (págs. 400-401). Las tres afirmaciones verdaderas lo siguen siendo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Enuresis, págs. 355-357.

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 155, PIR 2023 · n.º 174, PIR 2025 · n.º 179

209 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 2

En los individuos con trastorno de conducta de cualquier subtipo o nivel de gravedad ¿a qué se asocia con más frecuencia el especificador de diagnóstico denominado "con emociones prosociales limitadas" en niños y adolescentes (DSM 5)?:

1. A un trastorno de conducta que incluye actos de delincuencia.
2. A un trastorno de conducta de inicio infantil y más grave. ✓
3. A un trastorno de conducta de inicio adolescente y más grave.
4. A un trastorno de conducta y un trastorno de personalidad.

El especificador con emociones prosociales limitadas se asocia sobre todo al inicio infantil y a la mayor gravedad

Solo una minoría de las personas con **trastorno de conducta** cumple el especificador **«con emociones prosociales limitadas»**, que exige al menos dos de cuatro rasgos persistentes durante doce meses: falta de remordimientos o culpabilidad, insensibilidad y falta de empatía, despreocupación por el rendimiento y afecto superficial o deficiente. El DSM-5 dice que puede darse en cualquier subtipo o nivel de gravedad, aunque quienes lo presentan tienen más probablemente el **tipo de inicio infantil** y un especificador de gravedad evaluado como **grave**.

1. El DSM-5 relaciona el especificador con agresiones planeadas para obtener ganancias instrumentales; la asociación que destaca es con el inicio infantil y la gravedad.
2. Es lo que dice el manual.
3. El especificador se asocia más al inicio infantil; los casos de inicio adolescente muestran menos conductas agresivas.
4. El especificador describe rasgos dentro del propio trastorno de conducta; el DSM-5 lo relaciona con el subtipo y la gravedad, sin vincularlo a un trastorno de la personalidad comórbido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conducta, págs. 470-471.

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 2017 · n.º 177, PIR 2018 · n.º 207, PIR 2023 · n.º 144

210

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 2

¿En qué funciones son más evidentes los déficits atencionales de los niños con TDAH?:

1 De manera general en las redes atencionales de Posner.

2 En la atención sostenida. ✓

3 En la orientación y selección atencional.

4 En la atención dividida.

En el TDAH los problemas atencionales más evidentes son los de atención sostenida

Belloch señala que las personas con **TDAH** presentan **déficits para mantener la atención**, con problemas para rendir en tareas académicas o laborales y múltiples olvidos y despistes, aunque pueden mantenerla más cuando la tarea les motiva mucho. En el capítulo del TDAH recoge además que el modelo de Rapport sitúa el déficit primario en la memoria de trabajo, del que derivan **problemas en la atención sostenida**. Wicks-Nelson e Israel matizan que, en las tareas de **rendimiento continuo**, los niños con TDAH cometen más errores y son más lentos, mientras que la investigación no apoya firmemente un déficit en la **atención selectiva**.

1 Wicks-Nelson e Israel concluyen que no se ha podido identificar un déficit general o específico de atención en el TDAH.

2 Es el tipo de atención cuyos déficits describen los manuales en el TDAH.

3 La investigación no apoya firmemente un déficit en la atención selectiva.

4 La atención dividida no es la que los manuales relacionan con el TDAH.

Ojo. Clave discutible. Wicks-Nelson e Israel (págs. 210-211) añaden que un déficit real de atención sostenida empeoraría el rendimiento al alargar la tarea, que la investigación no ha mostrado ese efecto de forma consistente y que no se ha identificado un déficit de atención específico en el TDAH. La clave se sostiene en que la atención sostenida es la faceta con más hallazgos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 508. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 126. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Págs. 210-211 (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

211

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 4

Según el DSM 5 ¿a qué edad tienen que estar presentes los síntomas de desatención e hiperactividad/impulsividad para poder hacer el diagnóstico de TDAH?:

1 Antes de los 7 años.

2 Antes de los 5 años.

3 No hay una edad concreta definida, pero en todo caso antes de los 18 años.

4 Antes de los 12 años. ✓

El DSM-5 pide que algunos síntomas del TDAH estuvieran presentes antes de los 12 años

El criterio B del **TDAH** en el DSM-5 exige que **algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos** estuvieran presentes **antes de los 12 años**. El manual explica que ese requisito transmite la importancia de una presentación clínica sustancial durante la infancia y que **no se fija una edad de inicio más temprana** por la dificultad de establecerla con precisión de forma retrospectiva. El DSM-IV exigía que algunos síntomas que causaban alteraciones estuvieran presentes **antes de los 7 años**. El DSM-5-TR mantiene el límite de los 12 años.

1 Los 7 años eran el límite del DSM-IV, que el DSM-5 elevó a 12.

2 Ninguna edición del DSM fija el límite en los 5 años.

3 El DSM-5 sí define una edad concreta. Los 18 años son el límite de inicio de los trastornos de tics.

4 Es el criterio B del DSM-5.

Trampa. La cifra del DSM-IV (7 años) suele aparecer como distractor en las preguntas sobre la edad del TDAH.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, págs. 60-61. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, criterio B, pág. 89.

EN EL ATLAS: Tema B29 · TDAH. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 233, PIR 2025 · n.º 37

Respuesta correcta: 2

¿Qué diferencia el trastorno explosivo intermitente (TEI) y el trastorno de desregulación disruptiva (o destructiva) del estado de ánimo (TDDEA)?:

1. Ambos pertenecen a la categoría de trastornos depresivos, pero en el caso del TEI se usa para niños menores de 7 años con preponderancia de un estado de ánimo irascible.
2. En el TEI la duración de los síntomas es menor y además no hay presencia de estado de ánimo alterado entre los episodios. ✓
3. Ambos pertenecen a la categoría de disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, pero sólo en el caso del TDDEA se da presencia de síntomas depresivos.
4. Suponen un continuo evolutivo: en la infancia se da el TEI que, si no es convenientemente tratado, desemboca habitualmente en el TDDEA.

El trastorno explosivo intermitente dura menos y no exige irritabilidad entre los accesos

Los niños con trastorno explosivo intermitente tienen accesos de ira graves muy parecidos a los del **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**. El DSM-5 señala dos diferencias. En el explosivo intermitente **no se requiere una alteración persistente del estado de ánimo entre los accesos**, y basta con **3 meses** de síntomas activos, frente a los **12 meses** que exige el de desregulación disruptiva. Por eso no deben diagnosticarse los dos en el mismo niño; si hay accesos e irritabilidad persistente, solo se diagnostica el de desregulación disruptiva (tabla).

1. El explosivo intermitente está en el capítulo de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, y el diagnóstico de desregulación disruptiva no se hace antes de los 6 años.
2. Es la diferencia que da el DSM-5.
3. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo está en el capítulo de los trastornos depresivos, por su componente afectivo.
4. El manual no describe ese continuo. Lo que señala es que los niños con desregulación disruptiva tienen más riesgo de trastornos depresivos unipolares y de ansiedad en la edad adulta.

TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO FRENTE A TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

Rasgo	Desregulación disruptiva del estado de ánimo	Explosivo intermitente
Estado de ánimo entre los accesos	Persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días	No se requiere que el estado de ánimo se mantenga irritable o enojado entre los accesos
Meses de síntomas	12 o más meses	3 meses (en la forma con agresión verbal o física sin daño, al menos dos veces por semana)

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial, págs. 178 y 182

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, págs. 156-157 y 160.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 174, PIR 2019 · n.º 86

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el principal motivo por el que se añade en el DSM 5 el diagnóstico por trastorno de desregulación disruptiva (o destructiva) del estado de ánimo?:

1. Para diferenciar el trastorno depresivo en adultos y en niños.
2. Para enlazar los trastornos del estado de ánimo con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños.
3. Para destacar la presencia de conductas problemas en el trastorno depresivo en la infancia.
4. Para evitar el excesivo diagnóstico del trastorno bipolar en niños. ✓

El trastorno de desregulación disruptiva se añadió para frenar el sobrediagnóstico de bipolaridad infantil

El capítulo de trastornos depresivos del DSM-5 lo explica en su presentación: para abordar las dudas sobre si el **trastorno bipolar se diagnostica y trata excesivamente en los niños**, se añadió el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**, que recoge la **irritabilidad persistente** con episodios frecuentes de descontrol conductual. Las tasas de diagnóstico de bipolaridad pediátrica habían crecido porque se mezclaban los cuadros episódicos de manía con la **irritabilidad grave no episódica**. Su lugar entre los trastornos depresivos refleja que estos niños evolucionan hacia depresión o ansiedad, más que hacia un trastorno bipolar.

1. El manual no lo plantea como una diferencia entre la depresión adulta y la infantil.
2. El TDAH es una comorbilidad frecuente, pero no es el motivo de su inclusión.
3. Los accesos de cólera son centrales en este trastorno, pero el manual no lo justifica como una forma de destacar las conductas problemáticas de la depresión infantil.
4. Es el motivo que da el DSM-5, y el DSM-5-TR lo mantiene.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos depresivos, págs. 155 y 157.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 174, PIR 2025 · n.º 189

214

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 3

¿El programa de tratamiento PECS (Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes) ha sido creado para individuos afectados de?:

1 TDAH.

2 Trastornos de depresión.

3 Autismo. ✓

4 Trastorno de habilidades sociales.

El PECS es un sistema de comunicación alternativo pensado para el autismo

El **PECS** (Bondy y Frost, 1998) es un sistema alternativo de comunicación en el que se entrena el uso de objetos, pictogramas o dibujos para que **personas no verbales** puedan comunicarse; es un programa muy estructurado basado en los principios de la modificación de conducta. Fonseca lo incluye entre las intervenciones sobre la **comunicación funcional** en el **trastorno del espectro del autismo**: un sistema de intercambio de imágenes por fases que enseña a los niños a emplear apoyos visuales para conseguir lo que desean. Belloch lo cita, con el EIBI, entre los programas con datos de eficacia en el TEA.

1 El PECS se dirige a personas no verbales, y la falta de lenguaje no caracteriza al TDAH.

2 Los trastornos depresivos no requieren un sistema alternativo de comunicación.

3 Es el trastorno para el que se creó y en cuyo tratamiento lo sitúan los manuales.

4 El «trastorno de habilidades sociales» no es una categoría diagnóstica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, apdo. 2.5.3, pág. 202. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, pág. 697. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 485.

EN EL ATLAS

Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Consulta).

215 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son las evidencias empíricas sobre la eficacia del método de la alarma para tratar la enuresis nocturna en la infancia?:

1. La alarma ante la orina es un procedimiento bien establecido experimentalmente y ha demostrado ser más eficaz que el entrenamiento en retención, la psicoterapia o el no tratamiento. ✓
2. No existe evidencia sobre la efectividad del método de la alarma para curar la enuresis nocturna.
3. La alarma antes o después de que se produzca la orina (o accidente) es un procedimiento bien establecido experimentalmente pero no ha demostrado ser más eficaz que el entrenamiento en retención.
4. La utilización del método de alarma, aunque es efectivo, no se recomienda, al ser un método aversivo, con efectos psicológicos secundarios.

La alarma es el tratamiento de elección de la enuresis nocturna

Fonseca considera el **método de alarma** un tratamiento **empíricamente validado y de primera elección** para la enuresis nocturna (nivel A), más eficaz que la desmopresina o los antidepresivos tricíclicos, y señala su superioridad sobre el **entrenamiento en retención voluntaria** en la enuresis mixta. Sus posibles efectos adversos se limitan a la incomodidad del aparato. La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, que cita el comentario de partida, lo describe como procedimiento **bien establecido**, más eficaz que el entrenamiento en retención, la psicoterapia o el no tratamiento.

1. Recoge la valoración del método de alarma como tratamiento bien establecido y de primera elección.
2. Hay abundante evidencia de su eficacia: es tratamiento de primera elección.
3. Fonseca señala su superioridad sobre el entrenamiento en retención voluntaria, al menos en la enuresis mixta.
4. Se recomienda como primera opción; sus efectos adversos se limitan a la incomodidad del aparato.

> **Ojo.** Vallejo y Rodríguez (pág. 452) dicen que los resultados que comparan directamente la alarma con el entrenamiento en retención voluntaria «no han sido concluyentes», aunque añadir la retención a la alarma parece contraproducente. Con esa fuente, la comparación de la opción 3 queda abierta; la clave se sostiene con Fonseca y con la Guía de tratamientos eficaces III, que no está en el corpus.

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 III. Infancia y adolescencia. Pirámide. Pág. 174 (no está en el corpus). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 362, 364 y 367. 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. 452.

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 2024 · n.º 194

216

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

La práctica reforzada es considerada un tratamiento eficaz bien establecido en las fobias infantiles ¿en qué consiste?:

1. Consiste en aproximaciones sucesivas a los estímulos fóbicos en vivo (práctica), seguidas de reforzamiento positivo por parte del propio niño a través de autoinstrucciones y relajación como respuesta incompatible mientras se expone.
2. Consiste en aproximaciones sucesivas a los estímulos fóbicos en vivo (práctica), seguidas de consecuencias positivas materiales o sociales (reforzamiento). ✓
3. Consiste en la repetición continua (practicar) de una respuesta de relajación o mindfulness ante los estímulos fóbicos, acompañada del reforzamiento por los adultos de las actitudes de valentía del niño.
4. Consiste en la presentación de estímulos reforzantes positivos para el niño a la par que se dan los estímulos fóbicos, para que puedan competir motivacionalmente y el niño permanezca practicando la exposición a lo fóbico por el placer de los estímulos reforzantes.

La práctica reforzada combina aproximaciones en vivo al estímulo fóbico y refuerzo

Caballo y Simón describen la **práctica reforzada** como un paquete de instrucciones facilitadoras, **práctica en vivo, repetida y graduada** de la conducta de aproximación a los estímulos fóbicos, **refuerzo social (y material)** de las mejoras en la actuación y retroalimentación sobre la ejecución. Fonseca recoge que, según Davis y Ollendick (2005), la práctica reforzada, el modelado participante y la exposición son **tratamientos bien establecidos** para las fobias específicas infantiles.

1. Las autoinstrucciones y la relajación como respuesta incompatible no forman parte del paquete; el refuerzo procede del terapeuta o los adultos.
2. Es la definición: aproximaciones en vivo seguidas de consecuencias positivas sociales o materiales.
3. Lo que se practica es la conducta de aproximación al estímulo fóbico; la relajación y el mindfulness quedan fuera del paquete.
4. Presentar estímulos agradables a la vez que los temidos para que compitan con el miedo describe un contracondicionamiento; en la práctica reforzada el refuerzo sigue a la aproximación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, apdo. 5.2.1, pág. 79. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 466. 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. 116 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

217 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 4

En los trastornos por negativismo desafiante el tratamiento de elección supone intervenir en paralelo con los padres y con los hijos. Los programas de entrenamiento de padres en este ámbito tienen como objetivo principal (p.e. Forehand y McMahon):

1. Mejorar las relaciones de los padres para que exista un clima de comprensión del niño y de sus emociones; así como hacerle sentir que es querido y está protegido.
2. Que los niños aprendan las razones por las que los padres le ponen unas normas y límites a fin de que los interioricen.
3. Cambiar actitudes parentales disfuncionales y negligentes en los padres tales como: establecer límite a la imaginación y juego de sus hijos, fomentar autonomía en aspectos del cuidado personal, o en el dormir solo, etc.
4. Modificar pautas anómalas de interacción padres-hijos. ✓

El entrenamiento de padres busca cambiar las pautas de interacción entre padres e hijos

Fonseca recoge que el tratamiento centrado en los padres es el de **mayor eficacia** en el trastorno negativista desafiante y la **primera elección terapéutica**. Estas intervenciones relacionan el estilo de crianza punitiva o la ausencia de normas y límites con los problemas de conducta, y casi todas se basan en el aprendizaje social y la modificación de conducta (**Parent Management Training**). Su **objetivo principal** es aumentar las **interacciones positivas entre padres e hijos**, limitar el refuerzo positivo paterno contingente a la conducta disruptiva y comprender la lógica del uso de castigos y otras consecuencias. Entre los programas está la terapia de Forehand y McMahon (Helping the Noncompliant Child).

1. Un clima de comprensión afectiva puede ser un efecto, pero el objetivo del entrenamiento es cambiar cómo interactúan padres e hijos, con técnicas de modificación de conducta.
2. Los programas trabajan con los padres para cambiar sus respuestas a la conducta del niño.
3. Los ejemplos de actitudes que propone no son el foco de estos programas, que se dirigen a las interacciones coercitivas y al uso de las consecuencias.
4. Es el objetivo principal del entrenamiento de padres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10 (trastorno desafiante y oposicionista), apdo. 2.2, pág. 293. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11 (trastorno disocial), pág. 319.

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

218 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 1

Uno de los programas de intervención "tradicionales" en niños con problemas de oposición, agresividad y negativismo es el propuesto por Kazdin. Consiste en lo siguiente:

1. Se entrenan habilidades cognitivas de resolución de problemas o conflictos a través de autoinstrucciones verbales. ✓
2. Se entrena al niño a llevar a cabo relajación y respiración emocional como estrategias de contención de la ira y el enfado.
3. Se aplica al niño reestructuración cognitiva a fin de entender de donde le vienen las razones psicológicas de su enfado.
4. Se entrena al niño a través de role-playing a adoptar un estilo de interacción con sus compañeros y sus familiares más empático y más flexible cognitiva y comportamentalmente.

El programa de Kazdin enseña al niño pasos verbales para resolver problemas

Fonseca describe el **Problem Solving Skills Training** (PSST) de Kazdin, en el que se trabaja solo con el niño o adolescente cuando no es posible aplicar el programa con los padres. Consta de hasta 12 sesiones semanales y usa **pasos de resolución de problemas** que el niño se dice para guiar su acción y su pensamiento, como «¿qué se supone que tengo que hacer?», «tengo que tomar una decisión» o «necesito saber cómo lo hice». Es decir, entrena **habilidades cognitivas de solución de problemas** mediante **autoinstrucciones verbales**. Fonseca lo incluye entre los programas cognitivos con nivel de evidencia 1++ (Kazdin y Whitley, 2003).

1. Es la descripción del programa: solución de problemas guiada por autoinstrucciones verbales.
2. La relajación y la respiración como contención de la ira no son el núcleo del programa de Kazdin.
3. El programa enseña pasos para resolver problemas; la búsqueda del origen psicológico del enfado no forma parte de él.
4. El role-playing puede emplearse, pero el programa se define por los pasos verbales de solución de problemas.

Ojo. El comentario de partida cita a Caballo y Simón (2012), volumen de trastornos específicos, pág. 49, que no está en el corpus; el volumen del corpus es el de trastornos generales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11 (trastorno disocial), apdos. 2.1-2.2, págs. 324, 326 y 335. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos. Pirámide. Pág. 49 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

219

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Las imágenes emotivas se han mostrado como un tratamiento experimental para las fobias infantiles y consisten en:

1. Una forma de DS imaginada con todos los componentes propios pero con un tipo de respuesta incompatible más elaborada; en tanto que se utiliza una historia en la que participa el propio niño junto a un superhéroe o un personaje de ficción favorito. ✓
2. Una DS en imaginación de la que respuesta incompatible es la relajación y la jerarquía de estímulos fóbicos o temidos es acompañada de superhéroes del niño de mayor a menor preferencia.
3. Un programa multicomponente, que entre otras estrategias contiene el que el niño ha de evocar imágenes de emociones positivas que son capaces de darle seguridad para enfrentarse a sus estímulos fóbicos.
4. Una estrategia cognitiva por la que el niño ha de evocar a través de autoinstrucciones imágenes positivas incompatibles con otras que representan las situaciones temidas.

Las imágenes emotivas son una desensibilización con un relato de héroes en lugar de relajación

Lazarus y Abramovitz (1979) idearon las **imágenes emotivas** para tratar las fobias de niños pequeños o con dificultades para relajarse. Caballo y Simón las presentan como una **variante de la desensibilización sistemática**: la diferencia con el procedimiento estándar es que la **respuesta inhibitoria de la ansiedad** es el estado emocional suscitado por un **relato** que induce sentimientos positivos de autoafirmación, orgullo, afecto o alegría, con narraciones protagonizadas por **héroes infantiles**. Vallejo y Rodríguez las proponen como intervención alternativa cuando la exposición gradual en vivo, único tratamiento bien establecido, es difícil de aplicar.

1. Es la descripción: desensibilización imaginada en la que el relato con el héroe sustituye a la relajación como respuesta incompatible.
2. La respuesta incompatible de esta variante es el estado emocional que provoca el relato, precisamente porque se usa con niños que no logran relajarse.
3. Caballo y Simón la describen como una variante de la desensibilización sistemática.
4. La técnica se basa en un relato que el terapeuta narra y el niño imagina; las autoinstrucciones son otra técnica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, apdo. 5.1.1.2, págs. 76-77. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 140.

EN EL ATLAS

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

220 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 3

¿El fármaco de primera elección en el tratamiento de la enuresis es?:

1 Imipramina.

2 Amitriptilina.

3 Desmopresina. ✓

4 Tiroxina.

La desmopresina es el fármaco de primera elección en la enuresis

Vallejo y Rodríguez indican que la **desmopresina**, un análogo de la hormona antidiurética, se considera el **fármaco de primera elección (grado A)** para la enuresis: favorece una mayor concentración de la orina y la reducción de su volumen, y está especialmente indicada en la enuresis nocturna monosintomática por poliuria nocturna. Su efectividad se limita al tiempo que dura la toma. Fonseca distingue tres grupos de fármacos (antidiuréticos, anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos) y reserva la **imipramina** como última elección.

1. La imipramina, un antidepresivo tricíclico, se reserva como última elección tras el fracaso de los demás tratamientos.
2. La amitriptilina no figura entre los fármacos para la enuresis que recogen los manuales del tema.
3. Es el fármaco de primera elección.
4. La tiroxina no figura entre los fármacos para la enuresis que recogen los manuales del tema.

Ojo. Fonseca (Base del tema C25) recoge que la guía NICE recomienda la desmopresina como primera línea cuando la familia prioriza resultados rápidos o la alarma está desaconsejada (pág. 365), y que el tratamiento de elección de la enuresis nocturna es el método de alarma. La pregunta se refiere solo al tratamiento farmacológico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, apdo. 2.4.1.2, pág. 446. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, pág. 365.

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 2024 · n.º 194

221

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 1

Para el tratamiento farmacológico de TDHA en niños se recomienda preferentemente por su mayor eficacia:

1. Metilfenidato. ✓
2. Bupropión.
3. Tricíclicos.
4. ISRS.

El metilfenidato es el fármaco de elección para el TDAH infantil

Vallejo y Rodríguez recogen, según la Agencia Española de Medicamentos (2009), que el **metilfenidato** es el **tratamiento de elección**: un estimulante del sistema nervioso central indicado como parte de un tratamiento integral del TDAH en niños mayores de seis años y adolescentes, cuando otras medidas son insuficientes. La alternativa en caso de contraindicación, intolerancia o ineficacia es la **atomoxetina**, un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Fonseca clasifica los fármacos del TDAH en **psicoestimulantes** (metilfenidato y derivados de anfetamina) y no psicoestimulantes (atomoxetina, guanfacina, clonidina).

1. Es el fármaco de elección.
2. Ninguno de los capítulos del tema menciona el bupropión entre los fármacos para el TDAH.
3. Los tricíclicos no figuran entre los fármacos para el TDAH que recogen los capítulos del tema.
4. Los ISRS no figuran entre los fármacos para el TDAH que recogen los capítulos del tema.

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. 14, pág. 645. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, pág. 219.

EN EL ATLAS

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

222

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 2

Al respecto de las dietas, señale la afirmación CORRECTA:

1. Una sobrealimentación continua y progresiva conduce a un incremento de peso también continuo.
2. Hay un punto a partir del cual para seguir perdiendo peso es necesario un incremento en la restricción calórica. ✓
3. Cuando las personas se someten a una dieta y pierden peso rápidamente, su metabolismo se acelera.
4. El organismo humano tiene más facilidad para perder peso que para ganarlo.

A partir de cierto punto, seguir perdiendo peso exige restringir aún más las calorías

Amigo explica que el organismo dispone de un sistema de regulación que pone **limitaciones muy severas a la capacidad de ganar peso, pero sobre todo de perderlo**. El experimento de Keys et al. sobre la restricción calórica dio nombre al **efecto suelo de las dietas**: el continuo incremento de la restricción calórica que se requiere, a partir de un determinado momento, para **seguir perdiendo peso**. El **efecto techo** es el inverso: una sobrealimentación continua deja de servir para ganar peso. Según el concepto de **setpoint**, cuando una persona se somete a una dieta severa y pierde peso rápido, su metabolismo se desacelera para reducir la necesidad calórica.

1. El efecto techo indica lo contrario: a partir de un punto, la sobrealimentación continua deja de servir para ganar peso.
2. Es la definición del efecto suelo de las dietas.
3. Con una dieta severa y una pérdida rápida de peso el metabolismo se desacelera para reducir la necesidad calórica.
4. El sistema de regulación limita la capacidad de ganar peso, pero sobre todo la de perderlo.

Trampa. Las opciones 1, 3 y 4 invierten un dato del mismo apartado: el efecto techo, la desaceleración del metabolismo y la mayor dificultad para perder que para ganar peso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 2-2.3 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado).

EN EL ATLAS

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

223

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 2

Según el modelo operante del dolor crónico (Fordyce, 1976) ¿qué variable facilita la cronificación del dolor?:

1 Los estímulos nocioceptivos.

2 Las contingencias ambientales. ✓

3 El sistema motivacional-cognitivo.

4 El sistema discriminativo.

Según Fordyce, las contingencias ambientales cronifican el dolor

Fordyce (1976) planteó que el dolor en la **fase aguda** está causado por la estimulación nociceptiva, pero que al hacerse crónico puede quedar bajo el **control de las condiciones ambientales**: es el **dolor operante**. Amigo describe la **conducta de dolor** como las quejas o expresiones de malestar que la persona manifiesta porque son **reforzadas por su entorno**. Mantenidas por el reforzamiento positivo, como el descanso, la medicación, la atención de familiares y médico o la baja laboral, y por el negativo, acaban transformándose en una conducta operante cuya explicación ya no está tanto en el dolor original como en la atención que se obtiene.

1 Los estímulos nociceptivos explican el dolor agudo; en el modelo operante la cronificación depende del entorno.

2 Es la variable que, según Fordyce, mantiene el dolor crónico.

3 La dimensión motivacional-afectiva es una de las tres dimensiones del dolor de Melzack y Casey.

4 La dimensión sensorial-discriminativa es también una dimensión de Melzack y Casey.

Trampa. Las opciones 3 y 4 mezclan nombres de las tres dimensiones de Melzack y Casey (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa).

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 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Cap. 8, págs. 145-146.

EN EL ATLAS

Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Amigo (Base).

224

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes variables pertenece a la Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975)?:

1 El conocimiento implícito.

2 La percepción de gravedad.

3 La intención de conducta. ✓

4 La autoeficacia.

La intención de conducta es la variable central de la teoría de la acción razonada

Amigo presenta la **teoría de la conducta planeada** de Ajzen como un desarrollo de la **teoría de la acción razonada** de Fishbein y Ajzen (1975). En ella, antes de actuar, la persona considera su **actitud** hacia la conducta y la **norma subjetiva**, que determinan la **intención conductual**; la conducta planeada añade el control percibido. Las otras variables proceden de otros modelos de cognición social: la gravedad percibida del modelo de creencias sobre la salud y la autoeficacia de la teoría de la motivación para la protección.

1 El conocimiento implícito no es una variable de la teoría.

2 La percepción de gravedad pertenece al modelo de creencias sobre la salud.

3 Es la variable que resulta de la actitud y la norma subjetiva y antecede a la conducta.

4 La autoeficacia aparece en la teoría de la motivación para la protección.

Ojo. Amigo también usa la intención conductual al ilustrar la teoría de la motivación para la protección (apdo. 4.2), pero la variable que la acción razonada añade como determinante inmediato de la conducta es esa intención.

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

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

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

225

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos | Revisar

Respuesta correcta: 2

En situación de enfermedad ¿cuál de los siguientes factores facilitaría la adherencia terapéutica?:

1. La gravedad objetiva de la enfermedad.
2. La experiencia subjetiva de gravedad de la enfermedad (p.e. dolor). ✓
3. La cronificación de la enfermedad.
4. Ser menor de edad.

La gravedad que el paciente percibe favorece la adherencia; la gravedad objetiva, no

El comentario de partida se apoya en Amigo et al. (2009): variables como la **gravedad objetiva** de la enfermedad, los brotes anteriores, su duración o su antigüedad no han demostrado relación con la adhesión, mientras que la **percepción subjetiva de gravedad** y de las ventajas del cumplimiento se ha relacionado con la **adhesión a corto plazo**, que con el tiempo siempre se deteriora. Esa edición no está en el corpus. La 4.ª edición de Amigo señala que los mejores predictores son la **adhesión inicial**, la complejidad del tratamiento y lo perturbador que resulte en la vida cotidiana, y que otras variables, como la edad, muestran correlaciones bajas e inconsistentes.

1. La gravedad medida objetivamente no ha mostrado relación con la adhesión, según la obra de partida.
2. Es la variable de la enfermedad que se asocia a la adhesión a corto plazo.
3. La duración de la enfermedad no se ha relacionado con la adhesión, y las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo.
4. La edad es una variable sociodemográfica con correlaciones bajas e inconsistentes con la adhesión.

Ojo. La relación entre la gravedad subjetiva u objetiva y la adhesión solo está en Amigo et al. (2009, pág. 248), que no está en el corpus ni en el resto del archivo. La 4.ª edición (cap. 15, apdo. 4) no trata estas variables de la enfermedad; por eso la pregunta queda como dudosa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. y Pérez Álvarez, M. (2009). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Pág. 248 (no está en el corpus). Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, apdo. 4 (capa de texto cifrada, leído sobre el texto descifrado).

EN EL ATLAS

Tema D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos. Se estudia con Amigo (Base).

226

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de los siguientes constituye un objetivo de prevención primaria en el marco de la psicología de la salud:

1 Prevenir recaídas en población con problemas de salud.

2 Diagnosticar precozmente la existencia de una enfermedad.

3 Favorecer la rehabilitación en enfermedades crónicas.

4 Evitar la aparición de enfermedades en la población. ✓

La prevención primaria evita que la enfermedad aparezca en personas sanas

Amigo recoge la clasificación de Fielding (1978) de los tres tipos de prevención. La **prevención primaria** son las medidas tomadas para **prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas**; la **secundaria**, los esfuerzos para **detener el progreso de la enfermedad** una vez iniciada, y la **terciaria**, los procedimientos de **tratamiento y rehabilitación** de las enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica. Dentro de la primaria distingue dos estrategias, la primera centrada en modificar hábitos insanos como el tabaco, el alcohol o la dieta.

1 Prevenir recaídas en personas que ya están enfermas corresponde a la prevención terciaria.

2 El diagnóstico precoz se dirige a detener la enfermedad ya iniciada, propio de la prevención secundaria.

3 La rehabilitación de enfermedades con sintomatología clínica es prevención terciaria.

4 Es la definición de prevención primaria.

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

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

227 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Cuando los adultos ayudan a los niños a realizar tareas cognitivas (p.e. hacer un puzzle o los deberes), van ajustando su nivel de apoyo en función la competencia que muestra el niño. Este ajuste, según Vygotsky, se denomina :

1. Motivación extrínseca.
2. Andamiaje. ✓
3. Toma de control.
4. Heterodireccion.

El apoyo que el adulto ajusta a la competencia del niño se llama andamiaje

En la **teoría sociocultural** de Vygotsky, la **zona de desarrollo próximo** es la distancia entre lo que un niño puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda; la responsabilidad de dirigir el aprendizaje pasa gradualmente al niño. Papalia y Martorell llaman **andamiaje** al apoyo que padres, maestros y otras personas brindan al ayudar a los niños con una tarea, y lo ilustran con una hermana mayor que ayuda a su hermano con un rompecabezas. En la edición de 2009, Papalia explica que algunos seguidores de Vygotsky (Wood, Bruner y Ross) aplicaron la metáfora de los andamios: el **apoyo temporal** que se da al niño hasta que puede hacer la tarea por sí solo.

1. La motivación extrínseca no es el término de Vygotsky para el ajuste de la ayuda adulta.
2. Es el término que recogen los manuales para ese apoyo ajustado y temporal.
3. «Toma de control» no es el nombre del concepto; en el andamiaje el control pasa gradualmente del adulto al niño.
4. «Heterodirección» no es el término que emplean los manuales para este proceso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 31. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 38.

EN EL ATLAS

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

228

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes enunciados describe una diferencia reconocida entre temperamento y personalidad?:

1. Los factores biológicos tienen un papel determinante en el temperamento, mientras que los factores ambientales lo tienen en la personalidad. ✓
2. El temperamento se manifiesta en la edad adulta, mientras que la personalidad se manifiesta al comienzo de la vida.
3. El temperamento se refiere al contenido o propósito de la conducta, mientras que la personalidad describe las características energéticas, temporales y de estilo de la conducta.
4. El temperamento es más modificable que la personalidad.

El temperamento tiene base biológica; la personalidad le da contenido y propósito

Sánchez-Elvira define el **temperamento** como las dimensiones de la personalidad que tienen un **origen genético y una base biológica**; por eso sus diferencias individuales se explican desde el desarrollo temporal y suelen mostrar una **aparición temprana**. Es el **estilo constitucional** de comportamiento, con cierta constancia en el tiempo y las circunstancias, y se refiere más a las formas o estilos de la conducta que al **contenido o propósito**, muy vinculado a las emociones. La **personalidad**, en cambio, es el elemento organizador y coordinador de la expresión del temperamento, al que da contenido y propósito.

1. Es la diferencia que se reconoce: lo biológico pesa en el temperamento y lo ambiental en la personalidad.
2. Invierte la secuencia: el temperamento aparece pronto en la vida y la personalidad se configura después.
3. Invierte los términos: el temperamento describe el estilo de la conducta y la personalidad le da contenido y propósito.
4. El temperamento muestra cierta constancia en el tiempo y en las circunstancias, por lo que es menos modificable que la personalidad.

Ojo. La lista de diferencias entre temperamento y personalidad procede de Pueyo (1998, pág. 83), que cita el comentario de partida y no está en el corpus. Sánchez-Elvira recoge las mismas ideas en su cuadro sobre el temperamento, salvo la mayor influencia ambiental en la personalidad, que no formula de forma expresa.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son la respuesta correcta con los términos intercambiados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 3, pág. 125. Pueyo, A. A. (1998). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill. Pág. 83 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

229 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

¿Entre los más importantes indicios de reactividad como fuente de error en la observación NO se encuentra?:

1. El cambio sistemático de la frecuencia en la aparición de las conductas objeto de estudio.
2. La disminución de la variabilidad de la conducta que no se relaciona con cambios en las condiciones ambientales. ✓
3. La expresión verbal de que se está produciendo reactividad.
4. Las diferencias halladas entre lo observado y un criterio objetivo previamente conocido.

La reactividad se delata por un aumento, no una disminución, de la variabilidad de la conducta

La **reactividad** es la fuente de error del sujeto observado que modifica su conducta por el solo hecho de saberse observado. Fernández-Ballesteros, siguiendo la revisión de Haynes y Horn (1982), enumera sus **cinco indicios** más importantes. Uno de ellos es el **incremento de la variabilidad** de la conducta que no se relaciona con cambios en las condiciones ambientales; la opción 2 lo invierte al hablar de disminución. Los otros indicios son el **cambio sistemático de la frecuencia** de las conductas, la **expresión verbal** de que se está produciendo reactividad, la discrepancia con otros procedimientos y las **diferencias con un criterio objetivo** previamente conocido.

1. Es el primer indicio de la lista.
2. No es un indicio: lo que indica reactividad es el incremento de la variabilidad.
3. Es el tercer indicio, por parte de los observados o de sus allegados.
4. Es el quinto indicio.

INDICIOS DE REACTIVIDAD (HAYNES Y HORN, 1982)

N.º	Indicio
1	El cambio sistemático de la frecuencia en la aparición de las conductas objeto de estudio.
2	El incremento de la variabilidad de la conducta que no se relaciona con cambios en las condiciones ambientales.
3	La expresión verbal de que se está produciendo reactividad por parte de los sujetos que están siendo observados o bien por parte de las personas allegadas a ellos.
4	La discrepancia entre los datos procedentes de la observación y los recogidos con otros procedimientos sobre las mismas conductas.
5	Las diferencias halladas entre lo observado y un criterio objetivo previamente conocido.

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 6, apdo. 6.1.1, pág. 221

Trampa. Basta cambiar «incremento» por «disminución» para convertir un indicio real en distractor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 6.1.1, pág. 221.

EN EL ATLAS

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

230

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 1

En evaluación psicológica, las diferencias entre lo observado y un criterio objetivo previamente conocido constituyen un indicio de una fuente de error:

1 Denominada “reactividad” (del sujeto observado). ✓

2 Asociada al entrenamiento del observador.

3 Asociada a las expectativas del observador.

4 Relacionada con el grado de patología del sujeto observado.

Las diferencias con un criterio objetivo conocido son un indicio de reactividad

Fernández-Ballesteros distingue tres fuentes de error de la observación: el **sujeto observado**, el **observador** y el sistema de observación. La procedente del sujeto es la **reactividad**, y entre sus indicios recoge **las diferencias halladas entre lo observado y un criterio objetivo previamente conocido**. Las variables del observador que pueden sesgar los resultados son su grado de participación, sus **expectativas**, su **entrenamiento** previo y sus características personales.

1. Es la fuente de error de la que ese dato es indicio.
2. El entrenamiento es una variable del observador, otra fuente de error distinta.
3. Las expectativas son también una variable del observador.
4. Entre los factores de la reactividad el manual cita características individuales como el sexo, la edad, el estrato social o las expectativas, sin evidencia concluyente, pero no el grado de patología.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdos. 6.1-6.1.2, págs. 221-222.

EN EL ATLAS

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

231

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Qué cuestionario para la evaluación de la depresión en la infancia se construyó a partir del Inventario de depresión para adultos de Beck?:

1. Inventario de depresión infantil (CDI). ✓
2. Escala de depresión para niños (CDS).
3. Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión en la infancia (CET-DEI).
4. Escala de depresión para niños del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

El CDI de Kovacs se construyó a partir del Inventario de Depresión de Beck

El **Children's Depression Inventory** (CDI), el primer instrumento sobre depresión infantil, apareció en 1977 con la autoría de **Kovacs y Beck**; se basaba en la teoría de la depresión de Beck y tenía una estructura muy parecida al **Beck Depression Inventory** (BDI). Sus ítems se adaptaron de la forma adulta con ayuda de niños. Wicks-Nelson e Israel dicen que **deriva del BDI** y que probablemente es la medida de autoinforme más utilizada. Vallejo y Rodríguez lo recomiendan para niños y adolescentes de 7 a 15 años: 27 ítems con tres afirmaciones alternativas cada uno.

1. Es el inventario derivado del BDI.
2. La CDS de Lang y Tisher es una alternativa al CDI, con 66 ítems tipo Likert; no deriva del inventario de Beck.
3. El CET-DEI no aparece en el corpus como derivado del inventario de Beck.
4. La CES-D es la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977), que Caballo y Simón citan aparte, sin relación con el inventario de Beck.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 5, ficha del CDI (Del Barrio), pág. 2. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 310. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 7, pág. 149. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 5, pág. 159.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 34

232

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Los síntomas depresivos característicos del Trastorno Disfórico Premenstrual se dan:

1 En cualquiera de las fases del ciclo menstrual.

2 En los primeros días de la menstruación.

3 En las semanas intermedias del ciclo menstrual.

4 En la última semana del ciclo menstrual. ✓

Los síntomas del trastorno disfórico premenstrual se concentran en la última semana antes de la menstruación

El criterio A del **trastorno disfórico premenstrual** exige que, en la mayoría de los ciclos, al menos **cinco síntomas** estén presentes **en la última semana antes del inicio de la menstruación**, empiecen a mejorar unos días después de su inicio y se hagan **mínimos o desaparezcan en la semana posterior**. Los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación, y la paciente debe tener un **periodo libre de síntomas** en la fase folicular.

1. Los síntomas siguen un patrón ligado a la fase premenstrual; si son continuos, se piensa en otro trastorno.
2. En los primeros días de la menstruación los síntomas empiezan a mejorar. Los síntomas que comienzan con la menstruación son los de la dismenorrea.
3. El manual dice que el trastorno comienza poco después de la ovulación, pero el criterio A sitúa los cinco síntomas en la última semana antes de la menstruación.
4. Es el criterio A.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos depresivos, pág. 155; trastorno disfórico premenstrual, págs. 171-172 y 174.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 82

233

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa de Fairburn ¿cuál es el objetivo principal de la segunda fase?:

1. Desarrollar conciencia y aceptación del problema.
2. Prevenir las recaídas de la bulimia nerviosa.
3. Modificar los pensamientos, creencias y valores disfuncionales que mantienen el problema. ✓
4. Potenciar el mantenimiento de las ganancias del tratamiento.

La segunda fase de la TCC de Fairburn trabaja los pensamientos y creencias que mantienen la bulimia

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* describe el programa de **Fairburn, Marcus y Wilson (1993)** como el tratamiento bien establecido para la bulimia nerviosa: 20 sesiones en tres fases. En la **primera** (sesiones 1-8) se presenta el modelo cognitivo de mantenimiento y se usan técnicas conductuales para sustituir los atracones por patrones de alimentación más estables. En la **segunda** (sesiones 9-16) se mantienen los hábitos saludables, con énfasis en suprimir las dietas, y se emplea de forma extensa la **reestructuración cognitiva** para abordar los **pensamientos, creencias y valores que mantienen el problema**. La **tercera** se orienta al mantenimiento de los cambios y la prevención de recaídas.

1. Motivar al paciente y explicarle el modelo corresponde a la primera fase.
2. La prevención de recaídas es el objetivo de la tercera fase.
3. Es el objetivo de la segunda fase.
4. El mantenimiento de las ganancias es también objetivo de la tercera fase.

Ojo. El manual de Vallejo (4.ª ed., vol. II, pág. 342) describe una TCC de la bulimia en tres fases con otra formulación: la segunda mantiene la alimentación regular, aborda la dieta en general y empieza a trabajar la sobrevaloración de la figura corporal y su expresión conductual. Coincide con la Guía en el lugar de las fases primera y tercera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 4 (trastornos del comportamiento alimentario), apdo. 4.1 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5, pág. 342.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 204

234

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

En el entrenamiento de los hábitos de la defecación y respecto a de las indicaciones relacionadas con que el niño se siente en el retrete después de la ingestión, señale la opción CORRECTA:

1. No debe indicarse que se siente más de 5 minutos.
2. Se recomienda que se siente durante 10-20 minutos. ✓
3. Debe realizarse a elección del niño.
4. Está contraindicado.

Tras las comidas, el niño se sienta en el retrete entre 10 y 20 minutos

Vallejo y Rodríguez describen el **entrenamiento en hábitos de defecación** para la encopresis: después de cada comida principal, sobre todo tras el desayuno, el niño debe **sentarse en el orinal o el retrete durante 10-20 minutos**. Se eligen esos momentos porque son los de mayor probabilidad de que aparezcan los **reflejos de evacuación**. De forma progresiva se refuerza al niño por sentarse y por defecar en el retrete.

1. Cinco minutos es menos de lo indicado; el manual pide entre 10 y 20.
2. Es la duración que recoge el manual.
3. El momento no lo elige el niño: se programa tras las comidas, cuando los reflejos de evacuación son más probables.
4. Sentarse en el retrete tras la ingesta es el núcleo del entrenamiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 466.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 180

235 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

Según la clasificación internacional de los trastornos del sueño, 2ª edición de la American Academy of Sleep Medicine (AASM 2005), los trastornos del despertar (desde el sueño no REM) se clasifican como:

1 Insomnios.

2 Trastorno del ritmo cardíaco.

3 Parasomnia. ✓

4 Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Los trastornos del despertar del sueño no REM son parasomnias

Belloch clasifica los **trastornos del despertar del sueño no MOR** dentro de las **parasomnias**, junto al trastorno de pesadillas y el trastorno del comportamiento en sueño MOR. Consisten en un despertar incompleto en el que la persona emite conductas sin estar realmente despierta, con amnesia total o casi completa del episodio, sobre todo en el primer tercio de la noche; incluyen el **sonambulismo** y los **terrores nocturnos**. Belloch se apoya en la clasificación internacional de los trastornos del sueño en su tercera edición (ICSD-3; American Academy of Sleep Medicine, 2014).

1 Los insomnios son disomnias, trastornos de la cantidad u horario del sueño.

2 No existe un «trastorno del ritmo cardíaco» en la clasificación; hay trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia.

3 Es la categoría en que se clasifican.

4 Los trastornos del sueño relacionados con la respiración son otra categoría, la de las apneas.

Ojo. La pregunta se refiere a la ICSD-2 (AASM, 2005), que no está en el corpus. Belloch usa la ICSD-3, que mantiene los trastornos del despertar entre las parasomnias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Academy of Sleep Medicine (2005). International classification of sleep disorders (2.ª ed.). AASM (no está en el corpus). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, apdos. I y XVIII, págs. 543 y 549.

EN EL ATLAS

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

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	86, 136
A5	Percepción e Imaginación	81, 82, 83, 84, 85, 87
A6	Memoria	94
A7	Pensamiento	79, 89
A8	Lenguaje	77, 78, 88, 92, 126
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	102, 103, 104, 105
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	107, 108
B5	Trastornos del sueño-vigilia	97, 98, 99, 100, 101, 235
B6	Adicciones a sustancias	109, 110, 111, 113
B7	Adicciones comportamentales	90, 142, 147
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	207, 209
B9	Estrés	42
B11	Trastornos de ansiedad	93, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	114
B13	Trastorno adaptativo	141
B14	TOC y trastornos relacionados	144
B15	Trastornos depresivos	95, 127, 129, 130, 157, 212, 213, 231, 232
B16	Trastornos bipolares	106, 128
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	91
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	135
B20	Trastornos de la personalidad	132, 133, 134, 139, 143
B22	Trastornos neurocognitivos	75, 80
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	64
B25	Trastornos del aprendizaje	60
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	58, 208
B28	Trastorno del espectro del autismo	76
B29	TDAH	210, 211
C1	Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia	198
C3	Tratamientos transdiagnósticos	131, 202
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	149, 233
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	112, 167, 169
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	171

C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	217, 218
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	153, 154, 155, 156, 174, 205, 216, 219
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	151, 152
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	164, 165, 176, 204
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	181, 184, 186
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	182, 183, 185
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	206
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	158, 159, 160, 161, 162, 166
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	140, 187, 189, 191
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	215, 220, 234
C26	Tratamientos del TEA	214
C27	Tratamientos del TDAH	221
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	138, 148
D1	La psicología de la salud: modelos y fundamentos	96
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	224, 226
D3	Adhesión a los tratamientos terapéuticos	225
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	222
D9	Tabaco	168
D10	Dolor crónico y fibromialgia	223
E5	La observación sistemática	65, 229, 230
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	70
E9	Las técnicas proyectivas	55, 63, 68, 69
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	53, 61, 62, 66, 67, 71
F12	Técnicas operantes	170, 177, 200, 203
F13	Técnicas de exposición y desensibilización sistemática	172, 173, 192
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	195
F16	Técnicas de afrontamiento y solución de problemas	194, 199
F17	Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas	175, 196, 197
F18	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	137
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	180, 193
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	178
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	146, 179, 201
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	188, 190
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	145
G7	Ética en la evaluación psicológica	74
H2	Marco conceptual de la psicología diferencial	228

H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	47, 50
H5	Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas	59
H7	Herencia y ambiente	51
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	44, 46, 49, 54
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	43, 48
I3	Sensación y percepción	8, 10
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	1
I5	Condicionamiento instrumental	2, 3
I6	Memoria	6, 7
I8	Lenguaje	4
J1	Teorías del desarrollo	227
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	21, 26
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	23
J9	Adolescencia	25
J10	Adultez y vejez	22, 24
K1	Métodos y técnicas de investigación	14
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	17
K4	Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva	11
K6	Sistemas sensoriales	9, 12, 18
K7	Control motor	16
K12	Emoción y cognición social	13
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	5, 19, 20
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	15
K18	Psicofarmacología	150, 163
L2	Validez de la investigación y control de variables extrañas	34, 36, 40
L6	Diseños cuasiexperimentales	33
L8	Encuesta y metodología observacional	41
L9	Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad	45
L11	Estadística descriptiva de dos variables	37
L15	Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)	38
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	35
L17	Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)	32
L20	Fiabilidad de los tests	39, 56, 73
L21	Validez de los tests	52
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	57, 72
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	29, 30

M4	Influencia social y persuasión	31
M6	Procesos de grupo	27
M8	Relaciones intergrupales	28