ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2019

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 2019. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J8 · Desarrollo moral

Respuesta correcta: 1

Un niño, ante la pregunta de por qué no se debe pegar a un compañero, contesta: 'porque si la profesora te ve, te castiga'. De acuerdo con Kohlberg, ¿en qué nivel de desarrollo moral se encuentra?:

1 Nivel preconvencional. ✓

2 Nivel instrumental.

3 Nivel formal.

4 Nivel intuitivo.

Obedecer para evitar el castigo sitúa al niño en el nivel preconvencional de Kohlberg

Kohlberg describió **tres niveles de razonamiento moral**, cada uno dividido en dos etapas: preconvencional, convencional y posconvencional. En el **nivel preconvencional** las personas actúan bajo **controles externos**: obedecen las reglas para evitar el castigo o recibir recompensas, o actúan por su propio interés. Según Papalia y Martorell, es el nivel característico de los niños de cuatro a 10 años. La respuesta del niño encaja con su primera etapa, la **orientación hacia el castigo y la obediencia** («¿Qué me va a pasar?»). Para Kohlberg, lo que indica la etapa es el razonamiento que hay detrás de la respuesta y no la respuesta en sí.

1 Es el nivel en el que se obedecen las reglas para evitar el castigo, y la respuesta del niño corresponde a su etapa 1.

2 «Instrumental» forma parte del nombre de la etapa 2 del nivel preconvencional, el propósito instrumental e intercambio. Kohlberg no tiene ningún nivel con ese nombre.

3 «Formal» no es ninguno de los tres niveles de Kohlberg, que son preconvencional, convencional y posconvencional.

4 «Intuitivo» tampoco es un nivel de Kohlberg. El pensamiento intuitivo pertenece a la descripción piagetiana del periodo preoperatorio.

Ojo. El Atlas estudia el desarrollo moral en la 11.ª edición de Papalia (Base del tema J8, cap. 16), con los mismos niveles y el nombre de «moral preconvencional» (págs. 496-498). Vasta, Haith y Miller (Consulta del tema) llaman a la etapa 1 «moralidad heterónoma» (tabla 14.1, pág. 616).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 341-342 y tabla 11.2. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 496-498. Vasta, R., Haith, M. M. y Miller, S. A. (2008). Psicología infantil. Ariel. Cap. 14, págs. 615-616. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 8, apdo. 2.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema J8 · Desarrollo moral. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia 2009 (Base) y Vasta (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 209

2

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas

Respuesta correcta: 3

Ante dos filas con el mismo número de monedas cada una, un niño cree que la fila más larga tiene más monedas que la final más corta. ¿En qué etapa de Piaget se encuentra este niño?:

1. Operaciones formales.
2. Operaciones concretas.
3. Preoperacional o intuitiva. ✓
4. Sensoriomotora.

Creer que la hilera más larga tiene más es propio del niño preoperacional

Una característica principal del pensamiento preoperacional es la **centración**, la tendencia a concentrarse en un aspecto de la situación e ignorar el resto. Uno de sus ejemplos es la incapacidad de entender la **conservación**: que dos cosas siguen siendo iguales aunque cambie su apariencia, si no se añade ni se quita nada. En la prueba de **conservación del número** de la tabla 7.6 de Papalia y Martorell, se separan los elementos de una de dos hileras iguales y la respuesta usual del niño preoperacional es «La más larga tiene más». Piaget observó que los niños no comprenden bien este principio hasta la etapa de las **operaciones concretas**.

1. Las operaciones formales comienzan hacia los 11 años, cuando la persona puede pensar de manera abstracta y manejar situaciones hipotéticas.
2. En las operaciones concretas, de 7 a 11 años, el niño ya resuelve problemas de manera lógica, y Piaget situó en esa etapa la comprensión de la conservación.
3. Es la respuesta usual del niño preoperacional en la prueba de conservación del número, consecuencia de la centración.
4. La etapa sensoriomotora va del nacimiento a los 2 años y precede al pensamiento preoperacional, que es donde aparecen estos errores de conservación.

TABLA 7.6. PRUEBAS DE VARIOS TIPOS DE CONSERVACIÓN

Tarea de conservación	Lo que muestra al niño*	Transformación	Pregunta para el niño	Respuestas usuales del niño preoperacional
Número	Dos hileras iguales, paralelas, de dulces.	Se aumenta el espacio entre los dulces de una hilera.	¿Hay el mismo número de dulces en cada hilera o una tiene más?	La más larga tiene más.
Longitud	Dos varas paralelas de la misma longitud.	Una vara se desplaza hacia la derecha.	¿Las dos varas son del mismo tamaño o una es más larga?	La que está a la derecha (o a la izquierda) es más larga.
Líquido	Dos vasos idénticos que contienen la misma cantidad de líquido.	El líquido de un vaso se vierte en otro más alto y estrecho.	¿Los dos vasos tienen la misma cantidad de líquido o uno tiene más?	El más alto tiene más.
Materia (masa)	Dos bolas de plastilina del mismo tamaño.	Una bola se hace rodar hasta que adquiera la forma de una salchicha.	¿Las dos piezas tienen la misma cantidad de plastilina o una tiene más?	La salchicha tiene más.
Peso	Dos bolas de plastilina del mismo peso.	Una bola se hace rodar hasta que adquiera la forma de una salchicha.	¿Las dos piezas de plastilina pesan lo mismo o una pesa más?	La salchicha pesa más.

*Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 7, tabla 7.6, pág. 209. *El niño entiende que los dos artículos son iguales.*

Ojo. García Madruga y Delval, Base del tema J6, explican el error por la centración perceptiva del niño preoperatorio (cap. 8, apdo. 2.2) y ponen el mismo ejemplo con un niño de 5 años: si separamos los objetos pensará que hay más y si los juntamos, que hay menos (cap. 1, apdo. 5). La edición digital del corpus no tiene paginación impresa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 208-209 y tabla 7.6; cap. 2, tabla 2.2, pág. 26. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 8, apdos. 2.2 y 3.1; cap. 1, apdo. 5 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

3

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con la propuesta de Erik Erikson, en la mediana edad la crisis o desafío que las personas han de a bordar se denomina:

1 Intimidad.

2 Productividad.

3 Integridad.

4 Generatividad. ✓

En la mediana edad la crisis de Erikson es generatividad frente a estancamiento

Erikson pensaba que hacia los 40 años la gente pasa a la séptima etapa del desarrollo psicosocial, **generatividad frente a estancamiento**. Papalia y Martorell definen la **generatividad** como encontrar un significado en las contribuciones a la sociedad y dejar un legado a las generaciones futuras; quien no le encuentra salida corre el riesgo de volverse ensimismado, autocomplaciente y estancado. García Madruga y Delval la describen como el compromiso con la sociedad más allá de la relación de pareja: la persona generativa será productiva en el trabajo y educará a sus hijos de forma comprometida. Por eso las cualidades que surgen de esta etapa son la **productividad** y el **cuidado**.

1. Intimidad frente a aislamiento es la sexta etapa, la crisis normativa de la adultez temprana.
2. La productividad es una de las cualidades que surgen al resolver la etapa, junto con el cuidado, pero la crisis se llama generatividad frente a estancamiento.
3. Integridad del yo frente a desesperación es la octava y última etapa, la de la adultez tardía.
4. Es la séptima etapa de Erikson, la que se afronta en la mediana edad.

TABLA 14.2. ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN ERIKSON

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

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

Trampa. La opción 2 toma una cualidad que surge de la etapa correcta y la presenta como el nombre de la crisis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 468; cap. 2, tabla 2.2, pág. 26; cap. 14, pág. 415; cap. 18, pág. 529. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 14, apdo. 2.1 y tabla 14.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

4

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Una técnica de instrucción mediante la que alguien más experto proporciona un apoyo temporal al niño en aquello que está cercano a ser comprendido o en habilidades próximas a ser alcanzadas por el niño, se denomina:

1 Aprendizaje vicario.

2 Aprendizaje proximal.

3 Zona de desarrollo próximo.

4 Andamiaje. ✓

El apoyo temporal de alguien más experto para que el niño domine una tarea se llama andamiaje

En la **teoría sociocultural** de Vygotsky, los adultos o compañeros más avanzados ayudan a dirigir y organizar el aprendizaje del niño para que pueda dominarlo e internalizarlo. Esa guía es más eficaz para cruzar la **zona de desarrollo próximo**, la brecha entre lo que el niño puede hacer solo y lo que puede lograr con la guía adecuada. Papalia y Martorell llaman **andamiaje** al apoyo que padres, maestros y otras personas brindan al niño con una tarea, y lo definen como apoyo temporal para que domine una tarea. La responsabilidad de dirigir el aprendizaje pasa poco a poco al niño, como cuando un adulto le enseña a flotar.

1. El aprendizaje vicario es, para Bandura, una forma de condicionamiento que explica el aprendizaje que no procede de la experiencia directa, por observación de modelos.
2. «Aprendizaje proximal» no es un término de la teoría de Vygotsky.
3. La zona de desarrollo próximo es la distancia entre lo que el niño puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda; el apoyo que se le da para recorrerla es el andamiaje.
4. Es el apoyo temporal que se da al niño para que domine una tarea.

> **Trampa.** La zona de desarrollo próximo y el andamiaje van siempre juntos: la primera es el espacio entre lo que el niño hace solo y lo que hace con ayuda, y el segundo, la ayuda misma.

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, págs. 37-38. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 1, pág. 64.

EN EL ATLAS

Tema J1 · Teorías del desarrollo. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia 2009 (Base).

5 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 1

Triandis (1995) propone los términos idiocentrismo y alocentrismo para designar a las tendencias personales que constituyen reflejos de la cultura. Algunas diferencias entre los sujetos idiocéntricos y alocéntricos son que:

1 Los sujetos idiocéntricos tienden hacia la dominancia mientras que los alocéntricos muestran niveles más altos de conformidad. ✓

2 Los sujetos idiocéntricos están más motivados por el logro mientras que los sujetos alocéntricos son más propensos a experimentar estrés.

3 Los sujetos idiocéntricos son más afables mientras que los sujetos alocéntricos son más competitivos.

4 Los sujetos idiocéntricos son más afables y los alocéntricos más optimistas.

Los idiocéntricos tienden a la dominancia y los alocéntricos a la conformidad

Triandis llama **idiocéntricos** y **alocéntricos** a las personas que reflejan en su personalidad el individualismo o el colectivismo de su cultura: hay más idiocéntricos en las culturas individualistas y más alocéntricos en las colectivistas. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán resumen sus correlatos. Los idiocéntricos tienden más hacia la **dominancia**, son más competitivos y están más motivados por el logro. Los alocéntricos tienden hacia la afabilidad, son más receptivos y se ajustan a las necesidades de los otros; además, son menos propensos a experimentar estrés, más dependientes del apoyo social y muestran **niveles más altos de conformidad**.

1 Recoge dos correlatos que el manual atribuye a cada polo: la dominancia de los idiocéntricos y la conformidad de los alocéntricos.

2 La motivación de logro de los idiocéntricos es cierta, pero el manual dice que los alocéntricos son menos propensos a experimentar estrés.

3 Invierte los rasgos: la afabilidad es propia de los alocéntricos, y la competitividad, de los idiocéntricos.

4 La afabilidad corresponde a los alocéntricos, y el manual atribuye más optimismo y una autoestima más positiva a las personas de las culturas individualistas.

Trampa. Los tres distractores toman rasgos reales de uno de los dos polos y los cambian de lado o de signo.

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. 6, apdo. 5.4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS: Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Bermúdez 2017 (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 49

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I10 · Emoción

Respuesta correcta: 1

Nos enfadamos cuando nuestro equipo de fútbol pierde una liga, nos alegramos cuando nuestro mejor amigo consigue el trabajo que anhelaba y sufrimos cuando alguien querido nos deja. Para Frijda, la razón que explica estas emociones es la:

1 Ley del Interés. ✓

2 Ley de la realidad aparente.

3 Ley de la conservación del momento emocional.

4 Ley del cierre.

Según la ley del interés de Frijda, las emociones surgen ante lo que nos importa

Frijda formuló once **leyes de la emoción** que rigen el proceso emocional. Fernández-Abascal y colaboradores las dividen en leyes que afectan a los desencadenantes emocionales y leyes que afectan a la respuesta. Entre las primeras está la **ley de lo concerniente**, la que el enunciado llama ley del interés: las emociones surgen en respuesta a situaciones que son **importantes para las metas, deseos, motivaciones o preocupaciones** de las personas. Perder la liga del equipo propio, el éxito de un amigo o la ruptura con alguien querido despiertan emoción porque afectan a algo que nos importa.

1. Es la ley según la cual las emociones surgen ante situaciones importantes para las metas, deseos o preocupaciones de la persona, que es lo que tienen en común los tres ejemplos.
2. La ley de la realidad aparente dice que las emociones las provocan situaciones valoradas como reales y que su intensidad se corresponde con el grado de realidad que se asume.
3. La ley de la conservación del momento emocional dice que los momentos emocionales retienen indefinidamente su capacidad para provocar emociones, salvo que exposiciones repetidas permitan la extinción o la habituación.
4. La ley del cierre no figura entre las leyes que, según el manual, afectan a los desencadenantes emocionales; en el corpus aparece como una ley gestáltica de la percepción.

Ojo. Fernández-Abascal y colaboradores (cap. 2, pág. 85) llaman a la ley del interés «ley de lo concerniente». El comentario de partida citaba a Barriga (1996), *Las emociones cotidianas*, que no está en el corpus. La Base del tema I10 (Palmero) no recoge las leyes de Frijda.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2010). Psicología de la emoción. Ramón Areces. Cap. 2, apdo. 3.3, págs. 85-86. Barriga Jiménez, S. (1996). Las emociones cotidianas. Universidad de Sevilla. Págs. 44-45 (no está en el corpus).

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

7

PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

La alerta alimentaria producida tras un brote de listeriosis asociada a una marca de carne mechada produjo una drástica disminución del consumo no solo de este tipo de productos sino de otros similares. El juicio del consumidor estuvo afectado por uno de los heurísticos descritos por Kahneman y Tversky, el heurístico de:

1 Conservadurismo cognitivo.

2 Disponibilidad. ✓

3 Actitud.

4 Control.

Una alerta reciente y llamativa infla el riesgo percibido por el heurístico de disponibilidad

Aplicamos el **heurístico de accesibilidad o disponibilidad** cuando evaluamos la frecuencia de una categoría o la probabilidad de un acontecimiento por la **facilidad con la que los ejemplos nos vienen a la mente**. Suele funcionar, pero la accesibilidad también depende de la familiaridad, la saliencia o el **carácter reciente** de los ejemplos, y eso produce sesgos. González Labra pone un caso parecido al del enunciado: la probabilidad subjetiva de accidentes de tráfico aumenta durante un tiempo si acabamos de ver un coche volcado. Gaviria, López y Cuadrado añaden que tendemos a **sobreestimar la frecuencia de enfermedades muy dramáticas**, como una epidemia, y que influye que la información sea reciente o nos haya impresionado.

1 El conservadurismo cognitivo no está entre los heurísticos de Tversky y Kahneman que recogen los manuales: representatividad, accesibilidad o disponibilidad, anclaje y ajuste, y simulación.

2 Es el heurístico que estima la probabilidad por la facilidad con que se recuerdan casos, y la alerta reciente los hace muy accesibles.

3 No existe un heurístico de la actitud en esa clasificación.

4 Tampoco hay un heurístico del control entre los de Tversky y Kahneman.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 143 y 155. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 62-65.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 4

8 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H15 · Identidad personal: el self

Respuesta correcta: 4

Markus (1977) propone el concepto de "esquemas del self" que indica que, del mismo modo que formamos estructuras cognitivas sobre otros fenómenos, también formamos estas estructuras en la relación con el self. Respecto a estos esquemas del self podemos afirmar que:

1 Afectan a la rapidez con que procesamos información relativa a nosotros mismos pero no influyen en la memoria o recuerdo de esta información.

2 Son generalizaciones cognitivas sobre nosotros mismos por lo que no están afectados por las influencias culturales.

3 Como estructuras cognitivas no están relacionadas con variables afectivas o motivacionales.

4 Representan no solo la consideración actual de nuestro self sino nuestros "selves posibles" (como lo que creemos que llegaremos a ser o lo que nos gustaría llegar a ser). ✓

Markus incluye en el autoconcepto los posibles yoes, lo que creemos que llegaremos a ser

Para Markus, algunas representaciones del autoconcepto son periféricas y otras son centrales: estas últimas, los **esquemas**, son de **naturaleza cognitiva y afectiva**, seleccionan, organizan y procesan la información sobre uno mismo e influyen en los juicios y valoraciones de la persona. Markus propone además una **dimensión temporal del autoconcepto**, en la que coexisten un autoconcepto ligado al pasado, otro referido al presente y otro relativo al futuro. Este último son los **posibles yoes**: el conjunto de esperanzas, temores y deseos relevantes para el individuo y las cualidades que le gustaría tener o podría tener. Para construirlos, la persona recurre a modelos, imágenes e información del contexto sociocultural.

1 Los esquemas seleccionan, organizan y procesan la información sobre uno mismo y pueden determinar los juicios, valoraciones e inferencias de la persona; el manual no limita su influencia a la rapidez del procesamiento.

2 Los posibles yoes se construyen con modelos, imágenes e información aportada por el contexto sociocultural en que se desenvuelve la persona.

3 Markus describe los esquemas como representaciones de naturaleza cognitiva y afectiva.

4 Es la dimensión temporal del autoconcepto que propone Markus, con los posibles yoes como autoconcepto referido al futuro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 12, apdo. 2.2.2, págs. 535-538.

Tema H15 · Identidad personal: el self. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

9 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 3

¿A qué tipo de covariación entre genes y ambiente nos referimos si son los propios padres los que trasmiten tanto el genotipo como el ambiente propicio para el desarrollo de un rasgo?:

1 Activa.

2 Específica.

3 Pasiva. ✓

4 Reactiva.

Cuando los padres transmiten los genes y el ambiente propicio, la covariación es pasiva

La **covariación entre genes y ambiente** se refiere a la exposición diferencial de diversos genotipos a diversas influencias ambientales. Sánchez-Elvira recoge tres tipos (Plomin, DeFries y McClearn, 1980). Es **pasiva** cuando los propios padres transmiten tanto el genotipo como el ambiente propicio para el desarrollo del rasgo, como el niño con dotación musical que nace en una familia vinculada a la música. Es **reactiva** cuando la expresión del genotipo provoca en las personas del entorno una reacción favorable al rasgo, y **activa** cuando es el propio sujeto quien busca un ambiente apropiado para sus características genotípicas.

1 En la covariación activa es el propio sujeto quien busca activamente un ambiente apropiado para desarrollar sus características genotípicas.

2 «Específica» no es ninguno de los tres tipos de covariación; el manual usa ese término para el ambiente no compartido por los miembros de una familia.

3 Es la covariación en la que los padres aportan a la vez el genotipo y el ambiente facilitador del rasgo.

4 En la covariación reactiva son las personas que rodean al sujeto las que reaccionan ante sus características genéticas y le proporcionan el ambiente adecuado.

> **Para fijarlo.** Pasiva, el niño lo recibe todo hecho; reactiva, los demás responden a lo que muestra; activa, él mismo lo busca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 520.

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

10 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

Atendiendo al modelo cúbico de la estructura del intelecto de Guilford, señale qué facetas de las dimensiones "operación mental" y "contenido" intervienen si se le pide a un niño que diga todos los animales mamíferos que conoce:

1. Convergente semántico. ✓
2. Divergente semántico.
3. Convergente simbólico.
4. Divergente simbólico.

Nombrar mamíferos es, según la clave, producción convergente con contenido semántico

El **modelo cúbico de Guilford** postula 120 aptitudes independientes que resultan de combinar tres dimensiones: operaciones, contenidos y productos. Entre las **operaciones**, la **producción convergente** es la capacidad para alcanzar la solución más correcta a partir de los datos disponibles, y la divergente, la capacidad para dar soluciones alternativas y nuevas, muy vinculada al proceso creativo. Entre los **contenidos**, los **semánticos** son palabras e ideas con significado, y los simbólicos, signos sin significado en sí mismos, como letras o números. Los nombres de animales son contenido semántico, y la clave entiende que enumerar los mamíferos que se conocen es aplicar un criterio dado para llegar a respuestas correctas.

1. Es la combinación que da la clave: respuestas correctas según un criterio dado, con palabras con significado.
2. El contenido es semántico, pero la clave descarta la producción divergente, que el manual define como dar soluciones alternativas y nuevas.
3. Los contenidos simbólicos son signos sin significado en sí mismos, como fichas, letras, notas musicales o números; los nombres de animales tienen significado.
4. Falla por los dos lados: ni el contenido es simbólico ni la operación es la que da la clave.

Ojo. La clave es discutible. El propio manual, al tratar la creatividad, dice que en los tests de pensamiento divergente se evalúan el número y la calidad de las respuestas, y que entre los rasgos que Guilford halló está la fluidez, el número total de respuestas relevantes (cap. 9, pág. 437). Pedir todos los mamíferos que se conocen se parece a una tarea de fluidez, lo que acerca la opción 2. La clave oficial se apoya en que la respuesta queda determinada por un criterio cerrado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, cuadro 5.14, págs. 240-242; cap. 9, pág. 437.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

11 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

Según el modelo jerárquico de H.J. Eysenck, señale en qué nivel se sitúa el hecho de que una persona se enfade habitualmente y tenga sentimientos de culpabilidad y ansiedad tanto en casa como en el trabajo:

1 Respuesta estereotipada.

2 Patrón de respuesta.

3 Hábito.

4 Rasgo. ✓

Respuestas habituales que se repiten juntas en distintos ámbitos forman un rasgo en el modelo de Eysenck

Eysenck propone un **modelo jerárquico** de personalidad con cuatro niveles que van de lo más específico a lo más general. En el primero están las **respuestas específicas**, que pueden observarse una vez; en el segundo, las **respuestas habituales**, que se repiten cuando las circunstancias son similares. En el tercero, los actos habituales se organizan en **rasgos**, constructos teóricos basados en las intercorrelaciones entre respuestas habituales: el rasgo de sociabilidad, por ejemplo, incluye asistir a reuniones o preferir estar acompañado. En el cuarto, los rasgos se agrupan en **tipos**. Enfadarse habitualmente y sentir culpa y ansiedad en casa y en el trabajo reúne varias respuestas habituales que covarían, y por eso es un rasgo.

1 «Respuesta estereotipada» no es un nivel del modelo; el primer nivel son las respuestas específicas, que pueden observarse una sola vez.

2 «Patrón de respuesta» tampoco es uno de los cuatro niveles de Eysenck.

3 Un hábito, o respuesta habitual, es una sola respuesta que se repite en circunstancias similares, como llegar siempre tarde a las citas; el enunciado describe varias respuestas habituales relacionadas entre sí.

4 Es el nivel en el que se organizan las respuestas habituales que se intercorrelacionan.

NIVELES DEL MODELO JERÁRQUICO DE EYSENCK

Nivel	Qué lo define	Ejemplo del manual
1. Respuestas específicas	Conductas abiertas o encubiertas, como cogniciones, que pueden observarse una vez y que pueden o no ser características del individuo	Llegar tarde a una cita
2. Respuestas habituales	Respuestas específicas que se repiten cuando las circunstancias son similares	Ser impuntual, es decir, llegar siempre tarde cuando se tiene una cita
3. Rasgos	Constructos teóricos que se basan en las intercorrelaciones entre las respuestas habituales; factores de primer orden	Sociabilidad: asistir a reuniones, hablar con otras personas, preferencia por estar acompañado y sentirse aburrido si se está solo
4. Tipos	Surgen a partir de las intercorrelaciones entre los diferentes rasgos; factores de segundo orden	Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo

Fuente: Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017), vol. I, cap. 4, apdo. 4.2 (edición digital sin paginar)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

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. 4.2 (edición digital sin paginar).

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

12

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Señale qué se puede afirmar, en general, sobre la estabilidad de la personalidad a lo largo del tiempo:

1. La personalidad es menos estable en periodos cortos de tiempo que considerando periodos más largos.
2. Es más clara la estabilidad de la inteligencia que la de la personalidad. ✓
3. Las puntuaciones en los test de personalidad son muy estables a lo largo del ciclo vital.
4. No hay diferencias individuales en la estabilidad durante el desarrollo.

La estabilidad de la inteligencia es más clara que la de la personalidad

Sánchez-Elvira resume las conclusiones de la investigación sobre la **estabilidad de la personalidad** (Cooper, 2002; Pervin y John, 2001; Roberts y DelVecchio, 2000). La personalidad es más estable a lo largo de **periodos cortos** que largos, y más en la vida adulta que en la infancia. Aunque se constata la estabilidad general del rasgo, hay **diferencias individuales** en la estabilidad durante el desarrollo, y las puntuaciones en los tests de personalidad **cambian a lo largo del ciclo vital**. Por último, es **más clara la estabilidad de la inteligencia** que la de la personalidad: según Conley (1984), las medidas del rendimiento intelectual muestran los mayores niveles de continuidad.

1. La personalidad es más estable a lo largo de periodos cortos de tiempo que a lo largo de periodos largos.
2. Es la última de las conclusiones que recoge el manual, apoyada en Conley (1984).
3. Las puntuaciones en los tests de personalidad cambian a lo largo del ciclo vital; los cambios parecen marcados antes de los 30 años y triviales después.
4. Aunque se constata la estabilidad general del rasgo, hay diferencias individuales en la estabilidad durante el desarrollo.

Trampa. Tres opciones toman conclusiones reales del manual y las niegan o las invierten.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 11, apdo. 1.5.4, págs. 579-580.

EN EL ATLAS

Tema H11 · Estabilidad de la personalidad. Sánchez-Elvira no es fuente de este tema.

13

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

Mientras estudias con la ventana abierta oyes una canción y tu mente se traslada al verano y la última fiesta en la que conociste a alguien muy interesante, de quien no has vuelto a saber. Tu mente va de una imagen a otra y cuando te das cuenta han pasado 10 minutos. Este proceso refleja, según el modelo de R. J. Sternberg:

1. Cómo operan los "componentes" o procesos elementales de información. ✓
2. El funcionamiento de los correlatos de la inteligencia.
3. La gran asociación entre capacidad auditiva y memoria, base de las diferencias individuales en inteligencia.
4. La asociación entre capacidad auditiva y atención focal.

Pasar de una representación mental a otra es, para Sternberg, el trabajo de los componentes

En su **teoría componencial**, Sternberg analiza las tareas de los tests de inteligencia aislando sus **componentes**, los procesos mentales que se usan para resolverlas, como la transformación de la entrada sensorial en representación mental, la de un concepto en otro o la de una representación mental en una respuesta motora. Define el componente como un **proceso mental específico que opera sobre las representaciones internas** que los individuos tienen de los objetos y los símbolos. Que una canción se convierta en un recuerdo y la mente vaya de una imagen a otra es una cadena de transformaciones de representaciones, y eso es lo que hacen los componentes. El **enfoque de los correlatos cognitivos** es otra línea de investigación, previa a la de Sternberg.

1. Los componentes son procesos mentales que operan sobre las representaciones internas y las transforman, que es lo que ocurre en el ensueño del enunciado.
2. Los correlatos cognitivos son otro enfoque, el de Hunt, que relaciona la velocidad en tareas experimentales simples con las capacidades psicométricas; el de Sternberg surge en buena medida como respuesta a sus limitaciones.
3. La teoría componencial no plantea una asociación entre capacidad auditiva y memoria como base de las diferencias en inteligencia.
4. Tampoco forma parte del modelo una asociación entre capacidad auditiva y atención focal.

> **Ojo.** El manual no pone un ejemplo como el del enunciado; la clave se deduce de la definición de componente y de los ejemplos de transformación que da Sternberg.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 294-297 y 300-301.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 55

14 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H6 · Diferencias intergrupales: edad y género

Respuesta correcta: 1

Respecto de la relación entre la inteligencia (cristalizada y fluida) y la edad, señale la opción correcta:

1. A partir de la edad en que alcanzan el máximo nivel, la fluida experimenta un declive más pronunciado que la cristalizada. ✓
2. A partir de la edad en que alcanzan el máximo nivel, ambos tipos de inteligencia se mantienen en el tiempo sin variación.
3. El curso de ambos tipos de inteligencias es de tipo fluctuante, sin que exista un patrón definido de incremento o decremento asociado a la edad.
4. El curso de ambos tipos de inteligencia es estable a partir de la adolescencia.

La inteligencia fluida declina antes y más que la cristalizada

La **inteligencia fluida** refleja la capacidad de pensamiento abstracto y la **cristalizada**, el conocimiento adquirido, y siguen trayectorias distintas a lo largo de la vida. Según Sánchez-Elvira, las capacidades fluidas, como el razonamiento, la orientación espacial o la velocidad perceptiva, se incrementan hasta los 20, 30 o quizá 40 años y después comienzan a decrecer, con un **declive** que se agudiza en la vejez. Las cristalizadas, como el conocimiento verbal, **permanecen estables** o incluso se incrementan hasta los 60-70 años y empiezan a declinar solo cuando la persona es muy anciana. Papalia y Martorell añaden que la cristalizada aumenta a lo largo de la mediana edad y, a menudo, hasta cerca del final de la vida.

1. Es el patrón que describen los manuales: la fluida decrece desde la adultez y la cristalizada se mantiene o aumenta hasta edades avanzadas.
2. Ninguna de las dos se mantiene sin variación: la fluida decrece a partir de su máximo y la cristalizada puede seguir aumentando.
3. Hay un patrón definido y distinto para cada una, ligado a la edad.
4. La fluida sigue aumentando después de la adolescencia, hasta los 20, 30 o quizá 40 años, y luego declina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 11, apdo. 1.4.3, págs. 562-563. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 458.

EN EL ATLAS

Tema H6 · Diferencias intergrupales: edad y género. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

15 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

En el Modelo de los Cinco Grandes, de McCrae y Costa, ¿a qué dimensión pertenece la faceta de impulsividad?:

1. Neuroticismo. ✓
2. Extraversión.
3. Búsqueda de sensaciones.
4. Responsabilidad.

La impulsividad es una faceta del Neuroticismo en el modelo de McCrae y Costa

En el modelo de los cinco factores de **McCrae y Costa**, medido con el **NEO PI-R**, cada dimensión se divide en seis facetas. Las del **Neuroticismo** son ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, **impulsividad** y vulnerabilidad. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán definen la impulsividad (N5) como la **incapacidad de controlar los impulsos y necesidades**. Las de Extraversión son cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas, y las de Responsabilidad, competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

1. La impulsividad es la quinta faceta del Neuroticismo (N5).
2. Las facetas de la Extraversión son cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.
3. La búsqueda de sensaciones no es una de las cinco dimensiones del modelo; la faceta más próxima, la búsqueda de emociones, pertenece a la Extraversión.
4. Las facetas de la Responsabilidad son competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

Ojo. El comentario de partida citaba a Pueyo (1997), *Manual de psicología diferencial*, que no está en el corpus. Colom (cap. 14, pág. 420) llama «timidez» a la cuarta faceta del Neuroticismo, que el NEO PI-R denomina ansiedad social.

Trampa. La impulsividad se asocia de forma intuitiva con la Extraversión o con una baja Responsabilidad, pero en el NEO PI-R es faceta del Neuroticismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 5, apdo. 3.1 (edición digital sin paginar). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, tabla 13.3, pág. 458. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, pág. 420. Pueyo, A. A. (1997). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill. Pág. 532 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

16 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 1

En el modelo de los Cinco Grandes, hay una dimensión de personalidad cuyos niveles medios aumentan consistentemente a lo largo del ciclo vital. ¿De cuál se trata?:

1. La responsabilidad. ✓
2. La extraversión.
3. La emocionalidad negativa.
4. La apertura a la experiencia.

Con la edad aumenta la Responsabilidad (Tesón)

Los estudios transversales muestran cambios pequeños pero consistentes en los niveles medios de los cinco grandes con la edad. En el de Costa y McCrae (1992), con 1.539 personas de 21 a 64 años, la edad correlacionaba de forma negativa con Extraversión, Neuroticismo y Apertura Mental, y de forma positiva con Afabilidad y Tesón. McCrae y colaboradores (1999), con muestras de cinco entornos culturales, confirmaron que con el avance de la edad se produce un **incremento paulatino** en **Afabilidad y Tesón**, mientras tiende a producirse un cierto **descenso** en Neuroticismo, Extraversión y Apertura Mental. El Tesón es la dimensión que el enunciado llama **responsabilidad**.

1. La Responsabilidad o Tesón, junto con la Afabilidad, es la dimensión cuyo nivel medio aumenta con la edad.
2. La Extraversión tiende a descender con la edad.
3. La emocionalidad negativa, o Neuroticismo, también desciende con la edad; en un estudio el descenso duraba hasta los 75 años aproximadamente, y desde ahí se iniciaba un ascenso.
4. La Apertura Mental tiende a descender con la edad.

CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS CINCO GRANDES (COSTA Y MCCRAE, 1992; 1.539 SUJETOS DE 21 A 64 AÑOS)

Dimensión	Correlación con la edad
Extraversión	−0,12
Neuroticismo	−0,12
Apertura Mental	−0,12
Afabilidad	0,17
Tesón	0,09

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 4, pág. 169. Todos los coeficientes fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 43

17 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 1

Con relación a las causas de las diferencias individuales, ¿qué es la heredabilidad amplia?:

1 La proporción de varianza fenotípica explicada por la varianza genotípica ✓

2 La proporción de varianza genotípica explicada por la varianza fenotípica.

3 La proporción de varianza fenotípica aditiva explicada por la varianza genotípica.

4 La proporción de varianza fenotípica explicada por la varianza genotípica aditiva.

La heredabilidad amplia es la proporción de la varianza fenotípica que explica toda la varianza genética

La fórmula general de la **heredabilidad** es la proporción de la **varianza total o fenotípica** que explica la varianza genética ($H^2 = V_G/V_T$). Del Abril y colaboradores explican que la varianza genética no es solo aditiva: incluye también la debida a la **dominancia** y a la **epistasia**. Cuando se tienen en cuenta los tres componentes, la fórmula corresponde a la **heredabilidad en sentido amplio**. La que se limita a la varianza genética aditiva, la que explica el éxito de la cría selectiva, es la **heredabilidad en sentido estricto**. Sánchez-Elvira descompone igualmente la varianza genética en efectos aditivos, de dominancia y epistáticos.

1 Es la definición de heredabilidad en sentido amplio, con toda la varianza genética en el numerador.

2 Invierte la proporción: lo que se explica es la varianza fenotípica, y lo que explica, la genética.

3 Tampoco tiene sentido una «varianza fenotípica aditiva»; el término aditivo se aplica a la varianza genética.

4 Es la definición de heredabilidad en sentido estricto, que solo cuenta la varianza genética aditiva.

Ojo. El comentario de partida citaba a Pueyo (1997), *Manual de psicología diferencial*, que no está en el corpus. La Base del tema H7 (Sánchez-Elvira, cap. 10) descompone la varianza fenotípica (figura 10.3, pág. 521), pero no define la heredabilidad amplia y la estricta; la definición está en Del Abril.

Trampa. La opción 4 es la definición correcta de la otra heredabilidad, la estricta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 75-76. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, figura 10.3, pág. 521. Pueyo, A. A. (1997). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill. Pág. 567 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema H7 · Herencia y ambiente. Del Abril no es fuente de este tema. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

18

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 3

Los “hechos aritméticos” (operaciones automatizadas que se almacenan en la memoria verbal) son recuperados de la memoria por:

1. La corteza prefrontal dorsolateral.
2. La circunvolución fusiforme.
3. La circunvolución angular. ✓
4. El surco sintraparietal.

Los hechos aritméticos se recuperan gracias a la circunvolución angular izquierda

Redolar explica que la **circunvolución angular** forma parte del sistema lingüístico y contribuye al cálculo en tareas con un fuerte componente verbal, como la multiplicación. Desempeña un papel fundamental en los llamados **hechos aritméticos**, operaciones automatizadas que se almacenan en la **memoria verbal**, como las sumas simples y las tablas de multiplicar. En el estudio de Ischebeck et al. (2006), las multiplicaciones nuevas activaban el surco intraparietal y la región prefrontal, mientras que las ya entrenadas desplazaban la activación a la circunvolución angular izquierda. En el **modelo del triple código**, el código verbal depende de esta región, la magnitud analógica del surco intraparietal y la forma visual arábiga de la circunvolución fusiforme.

1. La corteza prefrontal participa también en la recuperación de los hechos aritméticos, facilitando el acceso a la información almacenada, pero el manual atribuye ese papel sobre todo a la circunvolución angular.
2. La circunvolución fusiforme, en la región occipitotemporal inferior, sustenta la forma visual arábiga de los números.
3. Según el manual, es una región fundamental en los procesos automáticos y dependientes del lenguaje que intervienen en los problemas aritméticos.
4. El surco intraparietal es la región principal para la representación de la magnitud y se activa sobre todo ante problemas nuevos.

Ojo. El manual matiza la clave: recoge estudios en los que el surco intraparietal también contribuye a recuperar hechos numéricos almacenados (pág. 523), casos individuales que no encajan con el papel de la circunvolución angular (pág. 526) y la participación prefrontal en la recuperación, con una red frontoparietal (pág. 527).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 20, págs. 523 y 525-528 y recuadro 20-3.

EN EL ATLAS: Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Se estudia con Redolar (Base).

19 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 3

La principal vía eferente de la formación hipocampal es:

1. El núcleo supraquiasmático.
2. La circunvolución dentada.
3. El fórnix. ✓
4. El campo CA3.

El fórnix es la principal vía eferente de la formación hipocampal

La **formación hipocampal** comprende tres zonas: la circunvolución dentada, el hipocampo propiamente dicho (asta de Ammon) y el subículo. Recibe gran número de conexiones de la corteza entorrinal a través de la **vía perforante**, y también le llega información del área septal y del hipotálamo a través del fórnix. Pero, como subraya Redolar, el **fórnix** constituye la **principal vía eferente** de la formación hipocampal: a través de él proyecta al área septal, al núcleo anterior del tálamo, a los cuerpos mamilares del hipotálamo y a diferentes núcleos del tronco del encéfalo y de la formación reticular.

1. El núcleo supraquiasmático no pertenece a la formación hipocampal; Carlson lo trata como el núcleo implicado en la regulación de los ritmos circadianos.
2. La circunvolución dentada es una de las zonas de la propia formación hipocampal, y recibe aferencias de la corteza entorrinal.
3. Es la principal vía eferente de la formación hipocampal.
4. El campo CA3 es uno de los campos del hipocampo, dentro de la propia formación hipocampal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 3, pág. 87. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, pág. 286; cap. 13, pág. 440.

EN EL ATLAS

Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Redolar (Ampliación).

20 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 2

Resulta esencial para detectar el disgusto en los otros y experimentar el propio disgusto:

1 La circunvolución fusiforme.

2 La ínsula anterior. ✓

3 La unión temporoparietal.

4 El surco temporal superior.

La ínsula anterior es esencial para detectar el disgusto ajeno y sentir el propio

Redolar recoge que diferentes estudios de neuroimagen funcional han mostrado que la **ínsula anterior** resulta **esencial para detectar el disgusto en los otros y para experimentar el propio disgusto**. Calder et al. (2003) describieron a un paciente con lesión de esta región incapaz de detectar el disgusto, y Wicker et al. vieron que se activaba la misma zona de la ínsula anterior al ver expresiones de disgusto en otras personas y al oler un estímulo desagradable. Carlson añade que la lesión de los ganglios basales y la **corteza insular**, que contiene la corteza gustativa primaria, perturba el reconocimiento de las expresiones faciales de desagrado.

1 La circunvolución fusiforme interviene en la identificación de caras, un proceso perceptivo social.

2 Es la región que se activa tanto al percibir el disgusto en otros como al experimentarlo.

3 La unión temporoparietal forma parte de la red de teoría de la mente y se relaciona con el uso de los estados mentales en el juicio moral.

4 El surco temporal superior se relaciona con la percepción del movimiento biológico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, págs. 688-689; cap. 26, págs. 696 y 702. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, pág. 358. Tema K12 · Emoción y cognición social. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

21 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 4

¿Qué proteína es necesaria para el establecimiento de la potenciación a largo plazo de larga duración (PLP-LD):

1. El óxido nítrico liberado por la neurona presináptica.
2. La entrada de iones calcio y activación subsiguiente de enzimas como la CaM-KII.
3. La activación de los receptores de NMDA activados por ligando y por voltaje.
4. La enzima PKM-zeta, al facilitar el desplazamiento de los receptores AMPA a la membrana terminal. ✓

La PLP de larga duración necesita la enzima PKM-zeta

Carlson distingue la **PLP inicial** (PLP-I), que consiste en una secuencia de seis pasos, de la **PLP de larga duración** (PLP-LD), que requiere la **síntesis de proteínas**. Al preguntarse qué proteína sería necesaria para el establecimiento de la PLP-LD, explica que en ese proceso interviene una enzima especial, la **PKM-zeta**. Ayuda a desplazar los receptores de AMPA a la membrana terminal y permanece activa para perpetuar su contribución a la PLP mediante un bucle de retroalimentación positiva. Su duradera actividad puede ser el componente fundamental que permite que las memorias perduren toda la vida. Las otras tres opciones son pasos de la PLP inicial.

1. La liberación de NO es el último paso de la PLP inicial, y la NO sintasa es postsináptica: el NO se desplaza en sentido retrógrado a la terminal presináptica.
2. La entrada de calcio y la activación de la CaM-KII es el cuarto paso de la PLP inicial.
3. La activación de los receptores de NMDA es el tercer paso de la PLP inicial.
4. Es la enzima que interviene en el establecimiento de la PLP de larga duración.

PASOS DE LA PLP INICIAL (PLP-I)

Paso	Acontecimiento
1	Despolarización de la membrana.
2	Liberación presináptica de glutamato.
3	Activación de los receptores de NMDA activados por ligando y por voltaje.
4	Entrada de iones calcio y activación subsiguiente de enzimas como la CaM-KII.
5	Desplazamiento de los receptores de AMPA a la membrana postsináptica.
6	La NO sintasa postsináptica potencia la liberación de NO, que se desplaza en sentido retrógrado a la terminal presináptica para incrementar la liberación de glutamato.

Fuente: Carlson y Birkett (2018), cap. 13, pág. 441

Trampa. Los tres distractores son pasos reales de la potenciación a largo plazo, pero de su fase inicial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, pág. 441.

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

22 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 1

La extinción de las respuestas emocionales condicionadas se relaciona, fundamentalmente, con la actividad de:

1 La corteza prefrontal ventromedial. ✓

2 La ínsula.

3 La corteza cingulada posterior.

4 El núcleo accumbens.

La corteza prefrontal ventromedial es la que interviene en la extinción de las respuestas emocionales condicionadas

La extinción no borra la respuesta emocional condicionada: la inhibe, y de esa inhibición se encarga la **corteza prefrontal ventromedial** (CPFvm). Carlson resume los indicios: las **lesiones de la CPFvm alteran la extinción**, la **estimulación** de esta región **inhibe las respuestas emocionales condicionadas** y el entrenamiento en extinción **activa sus neuronas**. Además de ser esencial en la extinción, la CPFvm modula la expresión del miedo en distintas circunstancias. Recibe entradas directas, entre otras, de la amígdala, y sus salidas pueden influir en las respuestas emocionales que organiza la amígdala.

1. Es la región que, según la tabla 11.1, interviene en la extinción de la respuesta emocional condicionada.
2. La ínsula se relaciona con el reconocimiento de las expresiones de desagrado o disgusto.
3. La corteza cingulada posterior se relaciona con la memoria autobiográfica y con la formación de impresiones.
4. El núcleo accumbens es muy importante en los efectos de refuerzo o recompensa de ciertos estímulos, incluidas las drogas de abuso.

TABLA 11.1. REGIONES CEREBRALES QUE INTERVIENEN EN LA RESPUESTA AL MIEDO

Núcleo	Función
Núcleo central de la amígdala	La activación produce los componentes relacionados con la respuesta emocional de miedo. La lesión evita la producción de los componentes relacionados con el miedo
Núcleo lateral de la amígdala	Interviene en la producción de una respuesta emocional condicionada
Corteza prefrontal ventromedial (CPFvm)	Interviene en la extinción de la respuesta emocional condicionada

Fuente: Carlson y Birkett (2018), cap. 11, tabla 11.1, pág. 333

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, pág. 333 y tabla 11.1; pág. 358; cap. 4, pág. 104. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 26, pág. 699.

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

23 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual

Respuesta correcta: 4

Durante el desarrollo embrionario, la ausencia de hormona inhibidora del sistema de Müller se relaciona con:

1. El síndrome de insensibilidad a los andrógenos.
2. La alteración del gen SRY (sex-determining region Y).
3. La inhibición en la síntesis de dihidrotestosterona.
4. No se produce desfeminización. ✓

Sin hormona inhibidora del sistema de Müller no hay desfeminización

Los testículos fetales segregan dos tipos de hormonas. La **hormona inhibidora del sistema de Müller** impide el desarrollo del sistema de Müller (femenino) y por eso tiene un **efecto desfeminizante**; los **andrógenos** estimulan el sistema de Wolff y tienen un efecto masculinizante. Carlson lo ilustra con el **síndrome del conducto de Müller persistente**, debido a un fallo en la producción de esta hormona o a la falta de receptores para ella. En los hombres genéticos, los andrógenos ejercen su efecto masculinizante, pero **no se produce la desfeminización**, de modo que la persona nace con los dos conjuntos de órganos sexuales internos.

1. En el síndrome de insensibilidad a los andrógenos falla la formación de receptores de andrógenos funcionales; la hormona inhibidora del sistema de Müller sí se segrega y sigue ejerciendo su efecto desfeminizante.
2. El gen SRY del cromosoma Y hace que las gónadas indiferenciadas se conviertan en testículos; su translocación al cromosoma X explica los raros casos de hombres XX.
3. La dihidrotestosterona es un andrógeno que se forma a partir de la testosterona por la acción de la 5-α-reductasa; su papel es masculinizante.
4. Es la consecuencia que describe el manual en el síndrome del conducto de Müller persistente.

Trampa. Desfeminizar y masculinizar dependen de hormonas distintas: la primera, de la hormona inhibidora del sistema de Müller, y la segunda, de los andrógenos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 10, págs. 296-298.

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

24 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 3

Las proteínas responsables de producir y mantener estables las concentraciones de sodio y potasio a ambos lados de la membrana y por tanto de asegurar la estabilidad del potencial de reposo y permitir el futuro potencial de acción son:

1. Los canales de sodio y potasio pasivos.
2. Los canales de sodio y potasio controlados por voltaje.
3. Las bombas de sodio-potasio. ✓
4. Las proteínas G.

La bomba de sodio-potasio mantiene las concentraciones iónicas del potencial de reposo

Las **bombas de sodio-potasio** son proteínas transportadoras insertadas en la membrana que se encargan de mantener elevadas las concentraciones de K+ en el interior celular y de Na+ en el exterior. Usan como energía el **ATP** y sacan **tres iones de sodio por cada dos de potasio** que introducen. Carlson explica que, aunque la difusión y la presión electrostática empujan al Na+ hacia dentro, esta bomba lo saca continuamente, y como la membrana es poco permeable al Na+, los transportadores mantienen baja su concentración intracelular con gran eficiencia. Así se sostiene el **potencial de membrana** en reposo, del que depende el potencial de acción.

1. Los canales iónicos permiten el paso de iones a favor del gradiente electroquímico; no los bombean en contra de él.
2. Los canales de sodio y de potasio dependientes del voltaje se abren durante el potencial de acción; permiten que se produzca, pero no mantienen las concentraciones en reposo.
3. Es la proteína que mantiene las concentraciones de Na+ y K+ a ambos lados de la membrana.
4. La proteína G acompaña a los receptores metabotrópicos y activa una enzima que produce un segundo mensajero.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 188-189.
Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 2, págs. 36-38 y 46.

EN EL ATLAS

Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Del Abril (Base) y Carlson (Consulta).

25 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 2

En la transmisión sináptica, para que se libere con éxito el neurotransmisor en el espacio sináptico es necesario:

1. Que se transmita un potencial excitatorio postsináptico a lo largo del axón y llegue al botón terminal.
2. Que se abran los canales de calcio controlados por voltaje, y entre calcio en el botón terminal. ✓
3. Que las vesículas que contienen el neurotransmisor se fusionen con las zonas activas de la membrana postsináptica.
4. Que se activen los autorreceptores presinápticos.

Sin entrada de calcio en el botón terminal no se libera el neurotransmisor

Carlson describe así la liberación: un grupo de **vesículas sinápticas** atraca en la membrana presináptica, cuya zona de liberación contiene **canales de calcio dependientes del voltaje**. Cuando la llegada de un **potencial de acción** despolariza la terminal, esos canales se abren y entra Ca2+, propulsado por la presión electrostática y la fuerza de difusión. La **entrada de calcio es un paso esencial**: si las neuronas están en una solución sin iones de calcio, el potencial de acción ya no causa la liberación del neurotransmisor. Parte de ese calcio se une a las proteínas que unen la vesícula con la membrana presináptica y se forma un poro de fusión.

1. Lo que llega al botón terminal a lo largo del axón es un potencial de acción; los potenciales postsinápticos se generan en la neurona que recibe el mensaje.
2. Es el paso que el manual califica de esencial para la liberación del neurotransmisor.
3. Las vesículas sinápticas se fusionan con la membrana presináptica y derraman su contenido en la hendidura sináptica.
4. Los autorreceptores regulan la cantidad de neurotransmisor liberada, por lo general inhibiendo su síntesis o liberación; su activación no es necesaria para que se libere.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 2, págs. 44 y 50.

Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Carlson (Consulta).

26

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 1

El sueño REM:

1. Está producido por la estimulación colinérgica de la formación reticular pontina. ✓
2. Está producido por la estimulación de las neuronas serotoninérgicas del núcleo del rafe.
3. Está asociado a una disminución de la temperatura corporal y del consumo de energía.
4. Presenta un EEG lento y de alto voltaje.

Las neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsal actúan como disparador del sueño REM

Redolar explica que las **neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsal** (núcleos tegmentales pedunculopontino y laterodorsal) desempeñan un papel importante en la activación cerebral de la vigilia y del sueño REM, y que **sirven como mecanismo de disparo que inicia el sueño REM**, aunque no son los únicos actores. Durante el REM el encéfalo está muy activo: el **flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno se incrementan**, y el EEG es **desincronizado**, con ondas rápidas e irregulares. Las neuronas noradrenérgicas del locus coeruleus, en cambio, descargan con una frecuencia casi nula durante el REM.

1. Coincide con el papel de disparo que el manual atribuye a las neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsal.
2. Las neuronas serotoninérgicas de los núcleos del rafe son neuronas de la vigilia y excitan la región REM-OFF, que suprime el sueño REM.
3. Durante el sueño REM aumentan el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno; la actividad metabólica cerebral es tan alta como en la vigilia.
4. El EEG del sueño REM es desincronizado, con ondas rápidas e irregulares; el sincronizado y lento es el del sueño no REM.

Ojo. La clave refleja el modelo colinérgico clásico. Redolar matiza que la alternancia entre REM y no REM está regida también por un mecanismo flip-flop en el que participan neuronas no colinérgicas (pág. 611), y Carlson, Base del tema, explica el control del REM solo con ese flip-flop: una región REM-ON en la protuberancia dorsal (núcleo sublateral dorsal) y una región REM-OFF en la sustancia gris periacueductal ventrolateral, interconectadas por neuronas gabaérgicas (pág. 279).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 23, págs. 610-611 y figura 23-10. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 263-264 y tabla 9.2; págs. 273 y 279.

EN EL ATLAS

Tema K9 · Sueño y ritmos biológicos. Se estudia con Redolar (Consulta) y Carlson (Base).

27 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 1

El área preóptica ventrolateral (APOvl):

1. Es una región promotora del sueño de ondas lentas ✓
2. Facilita el aprendizaje relacional durante el sueño REM.
3. Se estimula por las neuronas orexinérgicas del hipotálamo lateral.
4. Inhibe la secreción de GABA en el encéfalo.

El área preóptica ventrolateral es la principal región promotora del sueño

Según Carlson, la mayoría de las **neuronas del sueño** se localizan en el **área preóptica ventrolateral** (APOvl): su lesión suprime el sueño y su actividad aumenta durante él. Estas neuronas segregan **GABA** y envían sus axones a las cinco regiones implicadas en el arousal, a las que inhiben. El APOvl y las regiones de la vigilia se inhiben mutuamente y forman un **mecanismo flip-flop**: cuando está en estado de sueño, el APOvl está activado, los sistemas de arousal están inhibidos y aparece el **sueño de ondas lentas**. Las **neuronas orexinérgicas** del hipotálamo lateral estabilizan el flip-flop mediante conexiones excitadoras con las neuronas de la vigilia.

1. Es la principal región que induce el sueño, y su activación da paso al sueño de ondas lentas.
2. Los estudios que recoge el manual relacionan el sueño REM con la consolidación de la memoria no declarativa, y el sueño de ondas lentas con la declarativa; el APOvl, además, promueve el sueño de ondas lentas.
3. Las neuronas orexinérgicas excitan a las neuronas de la vigilia, que inhiben al APOvl; inclinan el flip-flop hacia la vigilia.
4. Las neuronas del APOvl segregan GABA, con el que inhiben las regiones del arousal.

Ojo. El comentario de partida citaba por error dos manuales de psicología social; el contenido está en Carlson.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 268-269 y 276-277.

EN EL ATLAS: Tema K9 · Sueño y ritmos biológicos. Se estudia con Carlson (Base).

28

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

En relación al tratamiento de la fase maníaca en el trastorno bipolar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. En caso de ser necesario prescribir un antipsicótico, se preferirá el uso de antipsicóticos atípicos ya que estos ayudarán a producir un viraje hacia la fase depresiva.
2. Se deberá esperar un máximo de 48 horas para determinar los cambios en las concentraciones séricas de litio tras una modificación de dosis.
3. La utilización de cualquier benzodiacepina está contraindicada en esta fase del trastorno.
4. El tratamiento con ácido valproico se considera una alternativa eficaz en pacientes que no respondan al tratamiento con litio. ✓

Si el litio no basta en la manía, el ácido valproico es una alternativa eficaz

Vieta resume el tratamiento de la **manía** en el manual de Vallejo Ruiloba. El litio es de acción lenta, y a menudo hay que añadir antipsicóticos por su mayor rapidez. Si se prescriben neurolépticos convencionales como el haloperidol, deben usarse a dosis bajas o moderadas y el menor tiempo posible, por el riesgo de favorecer un **viraje hacia la depresión**; los atípicos tienen menor tendencia a inducir síntomas depresivos. Pueden usarse **benzodiacepinas** como el clonazepam para la agitación y el insomnio. Para medir la concentración sérica de litio hay que dejar un **intervalo mínimo de 5 días** tras cambiar la dosis. En quienes no responden al litio o lo hacen solo parcialmente, el **ácido valproico**, la carbamazepina o la TEC son alternativas eficaces.

1. Los antipsicóticos atípicos tienen menor tendencia a inducir síntomas depresivos; el riesgo de viraje hacia la depresión se atribuye a los neurolépticos convencionales.
2. El manual pide dejar un intervalo mínimo de 5 días entre la modificación de la dosis y el análisis de la litemia.
3. Las benzodiacepinas, como el clonazepam, pueden usarse para la agitación y el insomnio del paciente maníaco.
4. El ácido valproico es una de las alternativas eficaces en los pacientes que no responden al litio o lo hacen solo parcialmente.

Ojo. La 9.ª edición del manual (Bulbena y Cardoner, 2025, cap. 26) mantiene el mismo texto; solo cambia que las benzodiacepinas se usan «de ser necesario», donde la 7.ª decía que conviene utilizarlas «si es posible». El comentario de partida citaba a Carlson (2014, pág. 615) y la Guía de tratamientos eficaces I (pág. 202), que no tratan estos puntos de la pregunta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 20 (Vieta), apdo. Tratamiento de la manía (edición digital sin paginar). Bulbena, A. y Cardoner, N. (dirs.) (2025). Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (9.ª ed.). Elsevier. Cap. 26 (Vieta, Grande y Salagre), apdo. Tratamiento de la manía (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

29 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

En relación al tratamiento del trastorno afectivo estacional (TAE), señale la opción FALSA:

1 La fototerapia es más eficaz si es administrada por la mañana.

2 La hipersomnia y la avidez por hidratos de carbono son predictores de buena respuesta a la fototerapia.

3 La intensidad de la luz en la fototerapia deberá estar siempre por debajo de los 8500 lux. ✓

4 Es importante que la luz contenga poca energía del espectro ultravioleta para minimizar los efectos secundarios de la fototerapia.

La fototerapia del trastorno afectivo estacional puede llegar a los 10.000 lux

La principal indicación de la **fototerapia** es el **trastorno afectivo estacional** (TAE). Se administra con una caja de luz de tubos fluorescentes de espectro completo o luz blanca. La intensidad mínima que parece necesaria para lograr un efecto antidepresivo es de **2.500 lux durante 2 h** o, como alternativa, una luz más brillante de **10.000 lux durante 30 min**. Por eso es falso que deba estar siempre por debajo de 8.500 lux. No hay contraindicaciones absolutas y los efectos secundarios son leves, siempre que la luz no contenga demasiada energía ultravioleta. En el TAE es más eficaz por la **mañana**, y la hipersomnia, la avidez por los hidratos de carbono y la anergia vespertina predicen una buena respuesta.

1 Es cierto: en el tratamiento del TAE la fototerapia es más eficaz cuando se administra por la mañana.

2 Es cierto: la hipersomnia, la avidez por hidratos de carbono y la anergia vespertina son predictores clínicos de buena respuesta.

3 Es la falsa, porque una de las pautas eficaces es de 10.000 lux durante 30 minutos.

4 Es cierto: para que los efectos secundarios sean leves la luz no debe contener demasiada energía del espectro ultravioleta.

Ojo. El comentario de partida citaba a Gatón Moreno, González Torres y Gaviria (2015), Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(126), 367-380, que no está en el corpus. La 9.ª edición del manual (Bulbena y Cardoner, 2025, cap. 57) recoge las mismas cifras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 33, apdo. Fototerapia (edición digital sin paginar). Bulbena, A. y Cardoner, N. (dirs.) (2025). Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (9.ª ed.). Elsevier. Cap. 57 (Cardoner), apdo. Fototerapia (edición digital sin paginar). Gatón Moreno, M. A., González Torres, M. Á. y Gaviria, M. (2015). Trastornos afectivos estacionales, «winter blues». Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(126), 367-380 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

30

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

La Terapia interpersonal ha sido ampliamente aplicada en el tratamiento de la depresión. ¿Qué caracteriza a la Terapia Interpersonal?:

1. La terapia interpersonal hace hincapié en detectar pensamientos automáticos interpersonales.
2. Enfatiza el papel de las experiencias interpersonales de la niñez.
3. Focalizarse en cambiar la personalidad que está generando los conflictos interpersonales.
4. Se basa en el modelo médico de la enfermedad depresiva. ✓

La terapia interpersonal se enmarca en el modelo médico de la depresión

Según Fonseca, la **terapia interpersonal** (TIP) defiende que la depresión es una **enfermedad médica** cuya etiología incluye factores biológicos, experiencias vitales e historia familiar, aunque su aparición obedece a cambios en el entorno interpersonal. Pérez-Álvarez y García-Montes la describen como una terapia **pragmática**, con más fundamento empírico que teórico. Penadés lo formula como uno de sus dos principios: la depresión es una enfermedad médica más que un defecto personal, y así la TIP se enmarca en el **modelo médico** para definir el contexto de la relación terapéutica. Entre sus rasgos están el **foco en el aquí y ahora** y en los problemas interpersonales actuales.

1. La TIP se centra en los problemas interpersonales y en la relación entre el estado de ánimo y los eventos vitales del momento; detectar pensamientos automáticos es propio de la terapia cognitiva.
2. La TIP tiene el foco en el aquí y ahora y en las relaciones interpersonales actuales.
3. La TIP considera la depresión como resultado de la sintomatología, el funcionamiento social y la personalidad, y trata de incidir en los dos primeros.
4. Es uno de sus dos principios: la depresión es una enfermedad médica, y la TIP se enmarca en el modelo médico.

Ojo. El comentario de partida citaba a Diéguez, González y Fernández (2012), Terapia interpersonal, Síntesis, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-315. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 417-418. 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. 33, pág. 224. Diéguez, M., González, F. y Fernández, A. (2012). Terapia interpersonal. Síntesis. Pág. 31 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 114

31 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 2

En un tratamiento psicológico el terapeuta pide al cliente que analice cómo han sido las soluciones que ha venido aplicando a su trastorno hasta el momento. Le pide valorar si le han resultado exitosas, ineficientes, o incluso perjudiciales. Está aplicando:

1. La reconstrucción del estilo afectivo de la terapia constructivista.
2. La fase de desesperanza creativa de la terapia de aceptación y compromiso. ✓
3. La teoría del guion del análisis transaccional.
4. La proyección temporal de la terapia cognitiva.

Revisar la inutilidad de las soluciones intentadas es la desesperanza creativa de la ACT

La **desesperanza creativa** es uno de los procesos que se abordan en la **terapia de aceptación y compromiso** (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002). Según Díaz y Ruiz, tiene que ver con procurar a la persona la **toma de conciencia acerca de la inutilidad de sus intentos de solución** de sus problemas: el objetivo es que llegue a comprender que el camino recorrido hasta entonces no solo no conduce a la solución, sino que es parte intrínseca del problema. Rodríguez Morejón añade que es solo el primer paso para provocar el interés por **buscar creativamente** una alternativa. Pedir al cliente que valore si sus soluciones fueron exitosas, ineficientes o perjudiciales es exactamente ese trabajo.

1. La reconstrucción del estilo afectivo, en la terapia cognitiva posracionalista de Guidano, analiza cómo se posiciona el paciente en sus relaciones afectivas desde la adolescencia hasta la actualidad.
2. Es la toma de conciencia de la inutilidad de las soluciones intentadas que busca la ACT.
3. El guion de vida del análisis transaccional se refiere a decisiones tomadas en el pasado que se convirtieron en un proyecto de vida que no funciona en el presente.
4. La proyección en el tiempo de la terapia cognitiva consiste en imaginarse en un futuro en el que ya se ha consolidado la nueva creencia.

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, pág. 563; cap. 8, pág. 411. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, pág. 180. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 21, pág. 376; cap. 9, pág. 221. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 10 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Díaz y Ruiz (Ampliación).

32

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

El tratamiento con la Terapia interpersonal (Klerman, Weissman y cols. 1979) se enfoca en resolver las siguientes cuatro áreas de problema interpersonal relacionadas con el inicio o mantenimiento del episodio depresivo del paciente:

1. Duelo, disputa de roles, transiciones de roles, déficits interpersonales. ✓
2. Duelo, culpa, pérdida, déficits interpersonales.
3. Pérdida, conflicto de roles, transición de roles, déficits interpersonales.
4. Duelo, culpa, transición de roles, déficits interpersonales.

La terapia interpersonal trabaja el duelo, las disputas de rol, las transiciones de rol y los déficits interpersonales

Según la **terapia interpersonal**, las vivencias que pueden disparar y mantener la depresión se organizan en **cuatro áreas problemáticas**: el **duelo**, las **disputas del rol**, las **transiciones del rol** y los **déficits interpersonales** (aislamiento social y falta de eventos sociales). Fonseca precisa que el duelo corresponde a la tristeza derivada de la muerte de alguien significativo. Penadés llama a la segunda área conflicto de roles y aclara que las pérdidas que no son fallecimientos, como la pérdida de salud o una ruptura sentimental, se consideran transiciones de rol. Los déficits interpersonales solo se eligen como foco cuando no hay acontecimientos que encajen en las otras tres áreas.

1. Son las cuatro áreas problemáticas de la TIP.
2. La culpa y la pérdida no son áreas de la TIP; las pérdidas que no son fallecimientos se trabajan como transiciones de rol.
3. La primera área es el duelo por el fallecimiento de una persona importante; la pérdida en general no es un área propia.
4. La culpa no figura entre las cuatro áreas, y falta la disputa de roles.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 315. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 418-419.

EN EL ATLAS: Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 114

33 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

En la terapia cognitiva para las psicosis se propone una evaluación inicial donde se deberían identificar las señales que sirven para disparar las alucinaciones auditivas. Si el terapeuta pide a su cliente que intente avivar y reprimir las voces varias veces al día ¿qué técnica está utilizando?:

1 Autoinstrucciones.

2 Evaluación analítica funcional.

3 Verbalización concurrente. ✓

4 Condicionamiento encubierto.

Avivar y reprimir las voces varias veces es la verbalización concurrente

Jackson y Chadwick describen cómo se cuestionan las creencias sobre las voces en la **terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes**. Ante la creencia «no puedo controlar mis voces», se reformula como «no puedo hacer que las voces aparezcan y desaparezcan», y el terapeuta plantea situaciones para aumentar y luego disminuir la probabilidad de oír voces. Una **evaluación cognitiva inicial** debería identificar las **señales que sirven para provocar las voces**, y una técnica con una elevada probabilidad de eliminarlas de forma duradera es la **verbalización concurrente** (Birchwood, 1986): la persona **aviva y reprime las voces varias veces** con el fin de proporcionar una prueba completa.

1 El entrenamiento en autoinstrucciones es la técnica de Meichenbaum y Goodman; el manual no lo propone para avivar y reprimir las voces.

2 La evaluación inicial sirve para identificar las señales que provocan las voces; avivarlas y reprimirlas es ya una técnica de intervención con nombre propio.

3 Es la técnica en la que la persona aviva y reprime las voces varias veces para obtener una prueba completa.

4 El condicionamiento encubierto agrupa procedimientos que usan la imaginación para manipular las consecuencias de una conducta y alterar su frecuencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 21 (Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes, Jackson y Chadwick), pág. 670. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 1, pág. 69; cap. 12, pág. 613.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

34 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

Entre los siguientes posibles efectos secundarios de la clozapina, ¿cuál es el más grave?:

1. Agranulocitosis. ✓
2. Sedación.
3. Aumento de peso.
4. Taquicardia.

El efecto secundario más grave de la clozapina es hematológico

La **clozapina** puede tener la mayor eficacia entre los antipsicóticos atípicos, pero también el mayor número de efectos secundarios. Stahl recoge en la tabla 5-2 los que requieren una gestión experta: neutropenia, estreñimiento, sedación, ortostatismo, **taquicardia**, sialorrea, convulsiones, **aumento de peso** y miocarditis, entre otros. De todos ellos, la complicación que **pone en peligro la vida** y en ocasiones es mortal es la **neutropenia**, que obliga a controlar los recuentos sanguíneos durante el tratamiento. Fonseca y el manual de Vallejo Ruiloba la llaman **agranulocitosis**: un efecto muy poco frecuente pero importante, que es la complicación hematológica más grave de los antipsicóticos y la que limita el uso de la clozapina.

1. Es la complicación hematológica que pone en peligro la vida y obliga a controlar la fórmula sanguínea.
2. La clozapina puede ser muy sedante, pero la sedación no es la complicación que pone en peligro la vida.
3. El aumento de peso es frecuente y se asocia al mayor riesgo cardiometabólico entre los fármacos para la psicosis, pero no es el efecto más grave.
4. La taquicardia figura entre los efectos que requieren gestión experta, pero no es la complicación que pone en peligro la vida.

Ojo. Stahl usa el término «neutropenia»; Fonseca y Vallejo Ruiloba, «agranulocitosis». El comentario de partida citaba la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (2009), que el corpus solo recoge citada en otras obras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, pág. 224 y tabla 5-2. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, pág. 349. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 31 (Psicofarmacología), apdo. Efectos adversos hematológicos (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

35 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos Anulada

Anulada

Dentro de la Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis ¿qué proceso psicológico y terapéutico se trabaja cuando se realizan ejercicios como la desliteralización de palabras, el etiquetado de pensamientos y la contracción del pensamiento con la acción?:

1 La defusión.

2 La aceptación.

3 El contacto con el momento presente.

4 El yo como contexto.

Desliteralizar palabras y etiquetar pensamientos son ejercicios de defusión, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. En la tabla 15.1 de Fonseca, tomada de Pérez-Álvarez (2014), la ACT para la psicosis contrapone procesos psicopatológicos y procesos saludables y terapéuticos. Para la **defusión** da como ejemplos de ejercicios la **desliteralización de palabras**, el **etiquetado de pensamientos** («estoy teniendo el pensamiento de que nada me sale bien» o «estoy oyendo voces») y la **contradicción del pensamiento con la acción** (decir «no puedo caminar» cuando de hecho lo haces). La aceptación, el contacto con el momento presente y el yo como contexto tienen definiciones y ejercicios distintos. El comentario de partida atribuye la anulación a que el enunciado dice «contracción» donde el manual dice «contradicción».

1 Coincide con los ejercicios que el manual asigna a la defusión.

2 La aceptación es la adopción de una actitud abierta, receptiva y flexible con respecto a la experiencia del momento, sin resignación ni resistencia pasiva.

3 El contacto con el momento presente usa el lenguaje para constatar y describir eventos privados, con ejercicios de contemplación y mindfulness.

4 El yo como contexto es el yo observador o trascendente, y se promueve con ejercicios de mindfulness, metáforas y procesos experienciales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 15, tabla 15.1, pág. 455.

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 159

36 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Dentro de las intervenciones psicológicas basadas en internet para personas con psicosis, ¿en qué modelo de terapia se fundamenta el sistema online HORYZONS?:

1 Terapia web de aceptación y compromiso.

2 Terapia online “afrontando voces”.

3 Terapia mindfulness basada en la web para alucinaciones auditivas.

4 Terapia social online moderada. ✓

HORYZONS se apoya en la terapia social online moderada (MOST)

HORYZONS nace en el centro Orygen de Melbourne para facilitar a los jóvenes con psicosis el acceso a intervenciones basadas en la evidencia y mantener los beneficios de los servicios de intervención temprana, sobre todo en la prevención de recaídas y el funcionamiento social. Según Fonseca, el sistema se ha desarrollado a partir del modelo de intervenciones psicológicas online **Moderated Online Social Therapy (MOST)**, en español **terapia social online moderada**. Integra **redes sociales online entre iguales**, **intervenciones psicosociales individuales personalizadas** y la participación de **moderadores** profesionales y usuarios expertos entrenados. El modelo MOST se basa en la psicoterapia positiva basada en fortalezas y en el mindfulness.

1 El manual no presenta la ACT como el modelo en que se fundamenta HORYZONS.

2 Tampoco presenta una terapia «afrontando voces» como base del sistema.

3 El mindfulness es uno de los principios en que se basa el modelo MOST, pero el modelo de HORYZONS es la terapia social online moderada.

4 Es el modelo MOST, del que parte el sistema HORYZONS.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 17, págs. 533-534.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación).

37 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el primer módulo que se administra cuando se realiza una intervención según la Terapia psicológica integrada para personas con esquizofrenia?:

1 Solución de problemas.

2 Diferenciación cognitiva. ✓

3 Memoria diferida.

4 Entrenamiento en habilidades sociales.

La terapia psicológica integrada empieza por la diferenciación cognitiva

La **terapia psicológica integrada** (IPT) de Roder, Brenner y colaboradores se organiza en **cinco subprogramas** aplicados de forma jerárquica, de menor a mayor carga emocional: **diferenciación cognitiva**, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y **resolución de problemas interpersonales**. El esquema parte de los procesos básicos (atención, percepción, cognición) y avanza hacia la conducta interactiva compleja. Según Fonseca, el primer subprograma busca mejorar la **neurocognición** (atención, concentración, flexibilidad cognitiva, formación de conceptos), prerrequisito para el aprendizaje y sustrato de la interacción social y de la resolución de problemas. La figura 8.2 de Fonseca Adultos muestra la misma progresión, con la diferenciación en la base.

1 La solución de problemas interpersonales es el quinto y último subprograma.

2 Es el primer subprograma, dirigido a la neurocognición.

3 «Memoria diferida» no es ninguno de los cinco subprogramas de la IPT.

4 El entrenamiento en habilidades sociales es el cuarto subprograma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, figura 8.2, pág. 283. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 10, págs. 323-324; cap. 11, pág. 354.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

38 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Cuando se utilizan técnicas de focalización para el tratamiento cognitivo-conductual de las alucinaciones, la primera fase de intervención consiste en que el paciente:

1 Analice las creencias y pensamientos respecto a las voces.

2 Preste atención al contenido de las voces.

3 Dirija la atención a la forma y características físicas de las voces. ✓

4 Registre los sucesos que acontecen antes de las voces, así como los pensamientos y voces que le siguen.

La focalización empieza por la forma y las características físicas de las voces

Las **técnicas de focalización** buscan que la persona identifique las voces como propias, con efectos más duraderos que las de distracción, mediante la gradual **reatribución de las voces a uno mismo**. Vallejo describe tres fases. Primero, el paciente dirige la atención a la **forma y características físicas** de las voces: número, intensidad o volumen, tono, acento, sexo aparente y localización. Cuando se siente cómodo con ello, se le pide que preste atención a su **contenido**. Por último se abordan las **metacogniciones**, las creencias sobre el origen y la naturaleza de las voces, y para ello se le pide registrar los sucesos que las anteceden, las voces mismas y los pensamientos y sentimientos que les siguen.

1 Analizar las creencias sobre las voces corresponde a la tercera fase, la de las metacogniciones.

2 Prestar atención al contenido es la segunda fase, cuando el paciente ya se siente cómodo atendiendo a las características físicas.

3 Es la primera fase de la focalización.

4 El registro de lo que antecede y sigue a las voces se usa en la tercera fase para abordar las metacogniciones.

Trampa. Las cuatro opciones pertenecen a la técnica; lo que se pregunta es el orden de las fases.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Esquizofrenia), págs. 980-981. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Pág. 732.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

39 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 4

¿Qué clase de fármaco es la quetiapina?:

1 Una benzodiacepina.

2 Un ansiolítico.

3 Un antidepresivo.

4 Un antipsicótico. ✓

La quetiapina es un antipsicótico atípico

La **quetiapina** es un **antipsicótico atípico** o de segunda generación. Fonseca la incluye en la tabla 11.1 entre los antipsicóticos atípicos, junto a la **clozapina**, la risperidona, la olanzapina, la paliperidona, el sertindol, la ziprasidona, la amisulprida, el aripiprazol y la asenapina. Stahl la agrupa con la clozapina, la olanzapina, la asenapina y la zotepina entre las **«pinas»**, que se unen con mucha más potencia al receptor 5HT2A que al D2, y señala que la unión a D2 no es la propiedad más potente en ninguno de los antipsicóticos atípicos. La quetiapina tiene además un riesgo metabólico moderado.

1 No es una benzodiacepina.

2 Tampoco se clasifica como ansiolítico.

3 Tampoco se clasifica como antidepresivo.

4 Es un antipsicótico atípico.

TABLA 11.1. PRINCIPALES ANTIPSICÓTICOS

Antipsicóticos típicos	Antipsicóticos atípicos
Haloperidol, clorpromazina, clotiapina, levomepromazina, perfenazina, pimozida, sulpirida, triofluoperazina, zuclopentixol, flufenazina	Clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertindol, quetiapina, ziprasidona, amisulpiride, aripiprazol, asenapina

Fuente: Fonseca-Pedrero (2019), cap. 11, tabla 11.1, pág. 349

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, págs. 198 y 206. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, tabla 11.1, pág. 349.

EN EL ATLAS: Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

40

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Según Marlatt y Gordon (1985), en el efecto de violación de la abstinencia (EVA) se produce un fenómeno de:

1 Disonancia cognitiva ✓

2 Atribución de responsabilidad a factores externos incontrolables.

3 Restablecimiento del consumo adictivo hasta sus niveles iniciales.

4 Generación de expectativas de resultado positivas.

El efecto de violación de la abstinencia incluye una disonancia cognitiva

Marlatt describió el **efecto de violación de la abstinencia** (EVA) para explicar por qué un consumo inicial tras un periodo de abstinencia lleva a continuar la conducta. Según Becoña, se caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos. El primero es un efecto de **disonancia cognitiva**: la conducta adictiva choca con la definición que la persona tiene de sí misma como abstinente, y el conflicto y la culpa resultantes pueden reducirse repitiendo la conducta. El segundo es un **efecto de atribución personal**: la persona se culpa de la recaída y la atribuye a una debilidad interna o a fallos personales. Su intensidad crece con el compromiso previo y la duración de la abstinencia, y disminuye con **atribuciones externas**, inestables, específicas y controlables.

1 Es el primero de los dos elementos cognitivo-afectivos del EVA.

2 La atribución del EVA es personal: la persona atribuye la recaída a una debilidad interna o a fallos personales; las atribuciones externas, inestables, específicas y controlables lo disminuyen.

3 El restablecimiento del consumo es la recaída que el EVA ayuda a explicar; el EVA es el proceso cognitivo-afectivo que media entre la caída y esa recaída.

4 Penadés sitúa los cambios transitorios en las expectativas de resultados entre los procesos fásicos que pueden activar una recaída; son un factor distinto del EVA.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Alcoholismo, Becoña), págs. 145-146. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, págs. 642, 645 y 650.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con Penadés (Ampliación).

41 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 4

En la técnica del desafío de la Terapia estructural (Minuchin):

1. Se necesita una fuerte alianza terapéutica, por lo que el terapeuta mantiene una posición de cercanía.
2. Se busca establecer unos límites rígidos entre los subsistemas familiares para revertir una triangulación de desviación.
3. El terapeuta da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra una tarea mucho más onerosa que aquella.
4. Es necesario intensifica y repetir el mensaje cuando la inercia de los sistemas familiares les hace resistirse al cambio. ✓

En el desafío estructural hay que intensificar y repetir el mensaje ante la inercia de la familia

En la terapia estructural, el **desafío** es una técnica compleja que se despliega en tres fases: **escenificación**, **focalización** e **intensificación** (Minuchin). En la intensificación, el terapeuta dota a su mensaje de la intensidad suficiente para que la familia lo perciba como algo nuevo y no lo absorban las reglas del sistema. Ochoa de Alda añade que normalmente hay que **repetir muchas veces el mensaje**, en el plano estructural y en el del contenido, debido a la **inercia de los sistemas familiares** que les hace resistirse al cambio. En el corpus, Moreno Fernández describe la intensidad como la forma de hacer que la familia escuche el mensaje terapéutico, por ejemplo mediante la repetición, y Rodríguez Morejón señala que los terapeutas estructurales repiten la misma idea varias veces.

1. En la escenificación el terapeuta propone la interacción y se retira para que la familia actúe como si estuviera sola; Ochoa de Alda añade que le permite tomar distancia y observar.
2. La fijación de límites hace más permeables los límites excesivamente rígidos y fortalece los muy porosos; no busca establecer límites rígidos.
3. Dar a elegir entre la conducta problema y una tarea más gravosa recuerda a las ordalías de Haley, una técnica de la terapia estratégica.
4. Es la intensificación, la tercera fase del desafío.

Ojo. El desafío y sus tres fases se describen con ese nombre en Ochoa de Alda (1995), la obra que citaba el comentario de partida, que no está en el corpus del Atlas (sí en el Drive del autor, fuera del Atlas). Los manuales del corpus recogen las técnicas por separado: escenificación, enfoque, intensidad y trazado de límites.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Herder. Cap. 8, págs. 132-135 (no está en el corpus del Atlas). Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 7, págs. 226-227; cap. 10, pág. 312. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25, pág. 434.

EN EL ATLAS

Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Se estudia con Morejón (Base) y Moreno Sistémica (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 89

42

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Qué componente se introdujo en las últimas versiones del programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow y Craske (2007)?:

1. Re-entrenamiento en respiración. ✓
2. Exposición en imaginación.
3. Entrenamiento en mindfulness.
4. Cuestionamiento de las metapreocupaciones.

Las últimas versiones del control del pánico de Barlow sustituyeron la relajación por el reentrenamiento en respiración

El **programa de tratamiento para el control del pánico** (Barlow y Craske, 1989, 2007; Craske y Barlow, 2007) es la intervención cognitivo-conductual más estudiada para el trastorno de angustia con agorafobia. Combina la **educación**, el entrenamiento en **respiración**, la reestructuración cognitiva y la **exposición interoceptiva** y en vivo. Díaz García y Comeche lo dicen expresamente: en las versiones recientes del programa se introdujo el **reentrenamiento en respiración**, que sustituyó al entrenamiento en relajación progresiva, menos útil que otros procedimientos. Está dirigido a ayudar al paciente a prevenir y modular el pánico con un patrón de respiración pausado.

1. Es el componente que se introdujo en las versiones recientes, en lugar de la relajación progresiva.
2. La exposición del programa es interoceptiva y en vivo; la exposición en imaginación no figura entre sus componentes.
3. El mindfulness aparece en el manual como otro componente de las intervenciones para el pánico, pero no como novedad del programa de Barlow.
4. Las metapreocupaciones son el foco de la terapia metacognitiva de Wells para el TAG.

Ojo. La 4.ª edición del manual (Vallejo y Vallejo-Slocker, 2023, vol. I, cap. 8, págs. 401-403) mantiene el entrenamiento en respiración dentro del programa, pero advierte que recientemente se ha cuestionado su valor. Penadés (cap. 11, pág. 245) dice que el Panic Control Treatment no usa la respiración para reducir la ansiedad, sino como estrategia para un experimento conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Díaz García y Comeche), págs. 418-419. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8, págs. 401-403; cap. 6, pág. 242. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 245.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 155

43

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento para el trastorno de ansiedad social, ¿qué incluye la Terapia cognitivo-conductual en grupo de McEvoy?:

1 Entrenamiento en habilidades sociales.

2 Entrenamiento en relajación.

3 Retroalimentación en vídeo. ✓

4 Biofeedback.

La TCC en grupo de McEvoy para la ansiedad social incluye la retroalimentación con vídeo

La tabla 4 del capítulo de fobia social de Caballo y colaboradores reseña el estudio de **McEvoy (2007)** con 153 personas con fobia social tratadas con **TCC en grupo**. El tratamiento incluía psicoeducación, discusión sobre los **comportamientos de seguridad**, exposición graduada, **retroalimentación con vídeo**, aplicación de los principios del tratamiento a las anticipaciones y al procesamiento posterior al acontecimiento (desafiar los pensamientos, centrar la atención, experimentos conductuales), **reestructuración cognitiva** de las creencias negativas y asertividad, en siete sesiones semanales de cuatro horas. Se obtuvo eficacia en la reducción de los síntomas de ansiedad social y de depresión.

1 El programa no incluye un entrenamiento en habilidades sociales como tal, aunque sí un componente de asertividad.

2 El entrenamiento en relajación no figura entre sus componentes.

3 La retroalimentación con vídeo es uno de los componentes del programa.

4 El biofeedback tampoco figura entre sus componentes.

Ojo. El programa incluye asertividad, lo que acerca la opción 1; la clave se sostiene porque la retroalimentación con vídeo figura de forma literal. Caballo y colaboradores (2024, cap. 7, pág. 221) citan la TCC en grupo para la ansiedad social de McEvoy (2007) entre los principales protocolos, sin describir sus componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Fobia social, Caballo, Salazar, Garrido e Irurtia), tabla 4, págs. 359-360. 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. 221.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema.

44 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

En el programa de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada del grupo de Dugas, ¿cuándo se emplea la exposición funcional cognitiva?:

1. Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos basados en la realidad o altamente probables.
2. Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables. ✓
3. Ante preocupaciones que se refieren a acontecimientos modificables.
4. Ante preocupaciones sobre la generación de soluciones alternativas.

En el programa de Dugas, la exposición se reserva para las preocupaciones sobre situaciones hipotéticas

La TCC del grupo de **Dugas** para el TAG tiene seis módulos: psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, reevaluación de la utilidad de preocuparse, **entrenamiento en solución de problemas**, **exposición imaginal** y prevención de recaídas. Bados explica que, cuando el cliente deja de ver útil la preocupación, se le plantean dos alternativas: la resolución de problemas para los **problemas actuales** y la exposición imaginal para las **situaciones hipotéticas**. Para estas últimas, en las que el problema no existe todavía y en muchos casos no existirá, no es posible emplear la resolución de problemas; la exposición imaginal ataca la evitación de las imágenes amenazantes.

1. Las preocupaciones sobre problemas actuales, basados en la realidad, se abordan con el entrenamiento en solución de problemas.
2. Es el uso de la exposición: preocupaciones sobre situaciones hipotéticas que en muchos casos no ocurrirán.
3. Los problemas actuales que pueden modificarse son el campo de la resolución de problemas.
4. La generación de soluciones alternativas es una de las habilidades del entrenamiento en solución de problemas.

> **Ojo.** Vallejo 2012 llama a este módulo exposición imaginal; el nombre «exposición funcional cognitiva» aparece en el corpus en un caso clínico de Orgilés et al. (2022), aplicado a escenas altamente improbables y no basadas en la realidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad generalizada, Bados), págs. 290, 297 y 302.

EN EL ATLAS: Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema.

45

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad | Revisar

Respuesta correcta: 4

En el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad generalizada, se "enseña" a los pacientes que la preocupación patológica o improductiva consiste en:

1. Pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones físicas desagradables, de carácter intruso, involuntario e indeseado.
2. Una cadena de pensamientos sobre problemas inmediatos y realistas, centrada en la resolución de estos o de la situación.
3. Pensamientos negativos, autorreferenciales, vinculados habitualmente con eventos del pasado y que aparecen de forma automática.
4. Una cadena de pensamientos sobre problemas distales o abstractos, que se centra en la emoción negativa asociada con la situación objeto de preocupación. ✓

La preocupación patológica es una cadena de pensamientos sobre el futuro cargada de afecto negativo

Caballo y colaboradores definen la **preocupación ansiosa** como una **cadena de pensamientos sobre el futuro**, verbal o con imágenes, **cargada de afecto negativo** y relativamente incontrolable; a la persona le preocupa que el resultado sea negativo. La distinguen de otros pensamientos repetitivos negativos. Las **obsesiones** son pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones persistentes, improductivos y vividos como invasores o no deseados. La **rumiación** se da sobre todo en la depresión y gira sobre acontecimientos del pasado reciente o el presente. La 2.ª edición del manual añade que, en el TAG, el contenido de las preocupaciones tiende a ser **vago y abstracto**.

1. Pensamientos, imágenes o impulsos persistentes, intrusos y no deseados es la definición de las obsesiones.
2. Pensar en problemas inmediatos y centrarse en resolverlos describe una preocupación orientada a la solución, que los programas del TAG diferencian de la patológica.
3. Pensamientos negativos sobre el pasado, que aparecen de forma automática, se parecen más a la rumiación y a los pensamientos automáticos negativos de la depresión.
4. Es la que más se acerca a la preocupación patológica: cadena de pensamientos sobre problemas futuros y abstractos, centrada en la emoción negativa.

Ojo. El corpus no recoge con estas palabras la distinción entre preocupación productiva e improductiva que plantea la pregunta. Caballo (2024, cap. 3, pág. 103) dice incluso que los contenidos de la preocupación «son realistas», lo que roza la opción 2, y la idea de abstracción procede de la 2.ª edición (Caballo, 2014, pág. 319). El comentario de partida citaba Vallejo (2016), vol. I, págs. 297-337, y la Guía de tratamientos eficaces I, págs. 224-230, sin cita literal.

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, págs. 102-103. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Capítulo del trastorno de ansiedad generalizada, pág. 319.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Caballo no es fuente de este tema.

46 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 3

Andrea, de 35 años de edad, presenta una elevada ansiedad cada vez que nota presión en la cabeza y una leve sensación de mareo, lo que la ha llevado en varias ocasiones al servicio de urgencias por miedo de sufrir un "ictus o un infarto", donde le han descartado organicidad, diagnosticándola de ansiedad y "somatizaciones" y le han pautado ansiolíticos. Desde la primera ocasión, vigila cada vez más su cuerpo, ha evitado hacer ejercicio para no marearse y, cada vez que lee o escucha hablar de enfermedades, apaga la TV o sale de la conversación porque refiere que "noto todos los síntomas que escucho, como si los tuviera", de hecho, en la última semana ha ido al médico por notarse los ojos enrojecidos y un dolor fluctuante pero molesto en el costado. A pesar de consultar sus síntomas desconfía de los médicos porque su madre falleció cuando ella tenía 14 años, "porque los médicos no supieron lo que le pasaba". Según la sintomatología de Andrea, ¿qué programa de tratamiento sería el más indicado?:

1. Tratamiento del trastorno de pánico de D. Barlow (2001).
2. Tratamiento cognitivo conductual de la somatización de Woolfolk y Allen (2006).
3. Tratamiento de la ansiedad por la salud de Warwick y Salkovskis (1990, 2001). ✓
4. Tratamiento cognitivo de las ideas delirantes (de tipo somático) de Chadwick (2009).

El miedo a una enfermedad grave pide el tratamiento de la ansiedad por la salud de Warwick y Salkovskis

Andrea interpreta sensaciones corporales leves como señal de un ictus o un infarto, vigila su cuerpo, evita el ejercicio, consulta a los médicos y desconfía de ellos: es el cuadro de la hipocondría, el **trastorno de ansiedad por enfermedad** del DSM-5-TR. **Warwick y Salkovskis** elaboraron su programa a partir de una formulación de la hipocondría cuyo componente nuclear es la **interpretación catastrófica de las sensaciones y signos corporales**. Botella y Martínez describen sus elementos: obtención del compromiso del paciente, autoobservación de los episodios de ansiedad por la salud, **reatribución de los síntomas**, cambio de las conductas desadaptativas (verificación corporal y búsqueda de información tranquilizadora) y modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad.

1. El programa de Barlow es un tratamiento para el control del pánico; Andrea no describe ataques de pánico, sino miedo a padecer una enfermedad grave.
2. El tratamiento de Woolfolk y Allen se dirige a la somatización; el núcleo del caso es la interpretación catastrófica de sensaciones leves.
3. Es el programa diseñado para la hipocondría a partir de la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales.
4. La terapia cognitiva de Chadwick se dirige a las alucinaciones y las ideas delirantes; Andrea acude a los médicos y acepta que le descarten organicidad, sin rasgos delirantes.

Ojo. El diagnóstico del caso depende del DSM-5-TR (trastorno de ansiedad por enfermedad). Penadés (cap. 16, págs. 370 y 380) recoge el modelo cognitivo-conductual de Salkovskis y Warwick como base de la TCC actual de la hipocondría. El tratamiento de Woolfolk y Allen solo aparece en el corpus en la bibliografía de Vallejo Ruiloba (2011).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 12 (Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría, Botella y Martínez), págs. 367-368. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 370 y 380.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Caballo 2002 no es fuente de este tema. Se estudia con Penadés (Ampliación).

47 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el componente fundamental de la Terapia cognitiva específica para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (como, por ejemplo, en la propuesta de Belloch et al., 2011)?:

1 La exposición y prevención de respuesta a las situaciones temidas por el paciente.

2 La exposición y prevención de respuesta a los contenidos de los pensamientos u obsesiones principales.

3 El entrenamiento en técnicas de control de la activación (por ejemplo, relajación).

4 El trabajo con las valoraciones y creencias disfuncionales asociadas a las obsesiones. ✓

La terapia cognitiva específica del TOC trabaja las valoraciones y creencias disfuncionales

La **terapia cognitiva específica** (TCE) para el TOC de Belloch y colaboradores es un protocolo que **no incluye un componente formal de exposición con prevención de respuesta** y que Penadés plantea como alternativa útil a la EPR. En su fase central se dedican las sesiones a **cuestionar las creencias disfuncionales** del paciente: la sobrevaloración de la importancia de los pensamientos, la fusión pensamiento-acción, la necesidad de controlar los pensamientos, la sobrevaloración del peligro y el **perfeccionismo**. Cruzado, en Vallejo, remite a Belloch et al. (2011) para las técnicas cognitivas y describe intervenciones específicas para cada valoración disfuncional.

1 La exposición con prevención de respuesta a las situaciones temidas es la EPR, el tratamiento al que la TCE se propone como alternativa.

2 La exposición a los pensamientos u obsesiones con prevención de respuesta también es EPR, adaptada a las obsesiones sin compulsiones manifiestas.

3 Las técnicas de control de la activación, como la relajación, no forman parte de la TCE que describe el manual.

4 Es el núcleo de la TCE: cuestionar las valoraciones y creencias disfuncionales asociadas a las obsesiones.

Ojo. La obra que cita la pregunta, Belloch, Cabedo y Carrió (2011), TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo (Alianza), no está en el corpus; se conoce a través de Penadés y Vallejo.

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. 297, 317 y 319. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Cruzado), pág. 495. Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Alianza (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

48

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

En pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo ¿en qué caso estaría más indicado aplicar un componente de exposición con prevención de respuesta?:

1. Paciente con obsesiones de tipo sexual (por ejemplo, prácticas sexuales no deseadas o inmorales).
2. Paciente con obsesiones agresivas hacia sí mismo o los otros.
3. Paciente con obsesiones sobre la contaminación o suciedad y/o compulsiones de lavado y/o limpieza. ✓
4. Paciente con obsesiones blasfemas (por ejemplo, insultar a Dios).

La exposición con prevención de respuesta encaja mejor en la contaminación con rituales de lavado

Cruzado distingue dos subtipos de obsesiones. Las **reactivas** se evocan por estímulos externos identificables, como la contaminación, y se corrigen con **compulsiones observables**, como limpiar o comprobar. Las **autógenas** irrumpen de forma abrupta y tienen contenidos inmorales o aversivos de tipo **sexual, agresivo o religioso**; se neutralizan con respuestas que no son motoras, y se suelen denominar **obsesiones puras**. El caso más complejo de tratar es aquel en que la evitación y las compulsiones son casi totalmente encubiertas: para él se ha adaptado la EPR como entrenamiento en habituación, pero los pensamientos son más difíciles de predecir y la exposición resulta más difícil de supervisar. La EPR clásica encaja por eso mejor con la contaminación y el lavado.

1. Las obsesiones de tipo sexual son autógenas y suelen neutralizarse de forma encubierta, el caso más difícil de tratar con exposición.
2. Las obsesiones agresivas también son autógenas, con neutralizaciones que no son motoras.
3. La contaminación con compulsiones de lavado o limpieza es una obsesión reactiva, con estímulos externos identificables y rituales observables.
4. Las obsesiones blasfemas son de tipo religioso, autógenas, y se suelen agrupar entre las obsesiones puras.

Ojo. El manual no dice con estas palabras que la EPR esté «más indicada» para la contaminación; la clave se apoya en la distinción entre obsesiones reactivas y autógenas y en las dificultades de la EPR con las obsesiones sin compulsiones manifiestas. El comentario de partida citaba la 2.ª edición (Vallejo, 2012, págs. 496 y 498), que pone de ejemplo un caso de contaminación y lavado.

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. 450 y 491.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 119

49 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Respuesta correcta: 2

Señale para cuál de los siguientes trastornos está más indicado el entrenamiento en reversión del hábito:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Tricoticolomanía. ✓
3. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.
4. Trastorno dismórfico corporal.

La reversión del hábito está indicada en la tricotilomanía

Según Díaz y Ruiz, la técnica de **reversión del hábito** está específicamente dirigida al tratamiento del **síndrome de Tourette**, todo tipo de **tics** y la **tricotilomanía** (Gupta y Dass Cargi, 2012), y se ha aplicado a otros problemas con una conducta repetitiva, como el tartamudeo, morderse las uñas o rechinar los dientes. Uno de sus pasos es la **toma de conciencia** de la cadena conductual del hábito; el manual pone como ejemplo un caso de tricotilomanía, en el que el paciente es consciente de la vergüenza que le producen las calvas, pero quizá menos del tiempo que pierde dándose tirones de pelo.

1. El TOC no figura entre las indicaciones de la reversión del hábito; su tratamiento de referencia es la exposición con prevención de respuesta.
2. Es una de las indicaciones específicas de la técnica, junto con el síndrome de Tourette y los tics.
3. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva no está entre las indicaciones de la técnica.
4. El trastorno dismórfico corporal tampoco figura entre sus indicaciones.

Ojo. El enunciado escribe «tricoticolomanía» por tricotilomanía. El comentario de partida citaba a Comeche y Vallejo (2012), pág. 322, edición que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, págs. 611-613. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2012). Manual de terapia de conducta en la infancia. Dykinson. Pág. 322 (no está en el corpus en esa edición).

EN EL ATLAS

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

50

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Entre los principios en los que se sustenta la psicoterapia de los trastornos de la personalidad se encuentra el de "gradualidad", que hace referencia a:

1. Promover cambios en los aspectos o manifestaciones que conllevan un mayor nivel de perturbación e interferencia en la vida del paciente, para ir progresando paulatinamente en la mejora de su calidad de vida.
2. Establecer una jerarquía de principios y necesidades de cambio y acordar con el paciente la dificultad de cada uno de ellos para ir avanzando en función de ese gradiente.
3. Exponerse a las situaciones que provocan malestar, comenzando por las que generan un malestar intermedio.
4. Promover cambios en los aspectos o manifestaciones más periféricas del trastorno para ir progresando paulatinamente hacia la consecución de cambios en los patrones más básicos de la organización personal. ✓

La gradualidad va de las manifestaciones periféricas a los patrones básicos de la personalidad

El manual de Penadés propone diseñar las intervenciones según **tres niveles de complejidad progresivos**: las **intervenciones periféricas**, que promueven cambios en el nivel sintomático; las que favorecen estrategias más funcionales de **regulación** cognitiva, emocional y conductual, y las orientadas a **flexibilizar los patrones básicos de la personalidad**. No siempre hace falta abordar los tres, pero es esencial **respetar su progresión**: para modificar aspectos disposicionales hay que operar antes en los otros dos niveles. En el caso clínico que lo ilustra, una fobia específica era la manifestación periférica de una disfunción de la personalidad, y el proceso se diseñó por fases, de manera gradual.

1. El manual ordena los cambios por su nivel de profundidad, desde los periféricos hasta los patrones básicos de la personalidad.
2. Jerarquizar las necesidades de cambio según su dificultad no recoge la idea de avanzar de lo periférico a lo nuclear.
3. Exponerse a situaciones de malestar intermedio describe una exposición graduada, una técnica concreta.
4. Es el principio de gradualidad: de las manifestaciones periféricas a los patrones básicos de la organización personal.

> **Ojo.** La obra que citaba el comentario de partida, Belloch y Fernández-Álvarez (2010), Tratado de trastornos de la personalidad (Síntesis), pág. 297, no está en el corpus. El principio se recoge en Penadés, cap. 6, como progresión de los niveles de intervención, y Díaz-Garrido (vol. II, pág. 425) lo enuncia para los modelos comunitarios: los cambios deben ser graduales.

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. 6, págs. 127-128. 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. Pág. 425. Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Pág. 297 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Penadés no es fuente de este tema.

51 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 1

El tratamiento de los trastornos de la personalidad basado en el modelo de J.E.Young, se basa en:

1 Promover cambios en los esquemas tempranos disfuncionales o desadaptativos (ETD). ✓

2 Promover cambios en las conductas que se derivan de los ETD.

3 El uso de técnicas experienciales para evocar experiencias infantiles traumáticas.

4 Re-elaborar las experiencias de transferencia negativa.

La terapia de esquemas de Young busca cambiar los esquemas desadaptativos tempranos

La **terapia de esquemas** de Jeffrey Young nace para adaptar la terapia cognitiva a pacientes resistentes al cambio, y su concepto central son los **esquemas desadaptativos tempranos** (EDT). Según Rodríguez Morejón, la meta es hacer conscientes a las personas de sus EDT, de sus estilos de afrontamiento y de las emociones que aparecen al activarse, y a partir de ahí aprender a moderar los esquemas. El proceso empieza con una **fase de evaluación** y sigue con una **fase de cambio** en la que se trabajan, por este orden, los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. Díaz-Garrido lo resume así: en el tratamiento se cambiaban los esquemas a través del aprendizaje de la satisfacción de las necesidades emocionales.

1. Es la base del modelo: los EDT son el objeto del cambio.
2. El trabajo sobre los patrones de conducta es la última parte de la fase de cambio, pero se dirige a los estilos de afrontamiento que derivan de los esquemas, que son el núcleo.
3. Las técnicas experienciales, que evocan situaciones conflictivas de la infancia, son una de las estrategias del tratamiento, no su fundamento.
4. La reelaboración de la transferencia no figura entre las posiciones del terapeuta de esquemas para el cambio, que son la confrontación empática y la reparentalización limitada.

Ojo. El comentario de partida citaba a Belloch y Fernández-Álvarez (2010), pág. 322, y a Caro (2009), Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas (Desclée de Brouwer), que no están en el corpus.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son elementos reales de la terapia de esquemas, pero no su base.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 17, págs. 307 y 315-317. 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. 5 (Cid), pág. 98. Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Pág. 322 (no está en el corpus). Caro, I. (2009). Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Desclée de Brouwer (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Morejón (Ampliación).

52

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 3

La técnica de parada-arranque en la que el paciente estimula su pene hasta conseguir la erección, después se detiene hasta que vuelva al estado de flaccidez y de nuevo vuelve a estimularlo, está indicada ante problemas de :

1 Bajo deseo sexual.

2 Aversión al sexo.

3 Excitación (en el hombre). ✓

4 Anorgasmia.

La parada y arranque que espera a la flacidez se indica en el trastorno eréctil, un problema de excitación

Belloch recoge en la **tabla 14.6** las técnicas básicas de la terapia sexual por disfunción. En el **trastorno eréctil** figura la **técnica de parada y arranque**: la pareja estimula el pene hasta conseguir la erección, se detiene hasta que el pene vuelve al estado de flacidez y de nuevo lo estimula hasta lograr otra vez la erección. Penadés (cuadro 22.1) describe la misma variante durante la masturbación para el trastorno eréctil. En la clasificación de la tabla 14.1, el trastorno de la erección en el hombre se agrupa entre los **trastornos de la excitación sexual**, que es lo que nombra la opción 3.

1 Para el deseo sexual inhibido la tabla propone tratar los trastornos que lo causan, trabajar las actitudes negativas, la focalización sensorial y la relación de pareja, sin la parada y arranque.

2 La aversión al sexo figura en la tabla 14.1 entre los trastornos del deseo sexual del DSM-IV-TR, y la tabla de técnicas no le asigna la parada y arranque.

3 El trastorno eréctil es un trastorno de la excitación sexual y la parada y arranque es una de sus técnicas.

4 En la disfunción orgásmica femenina la tabla propone terapia cognitiva, entrenamiento en masturbación y ejercicios de los músculos pubococcígeos.

Ojo. Penadés presenta la parada y arranque de Semans como técnica «especialmente útil en el tratamiento del trastorno eréctil y de la eyaculación temprana» (pág. 554). En la eyaculación precoz se detiene la estimulación justo antes de eyacular (tabla 14.6); la variante del enunciado, que espera a la flacidez, es la del trastorno eréctil. En el cuadro 22.1 de Penadés se lee que el paciente para «hasta que el pene se vuelve tumescente».

Trampa. El nombre de la técnica evoca la eyaculación precoz, que no está entre las opciones; lo que decide es la pérdida y recuperación de la erección.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, tabla 14.1, pág. 443, y tabla 14.6, pág. 461. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 22, pág. 554, y cuadro 22.1, pág. 556.

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Penadés (Base).

53 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 1

El tratamiento psicológico de trastornos como la depresión, en casos en los que puede ir acompañada de una disfunción sexual, es especialmente importante tratar los problemas que tienen que ver con:

1 Bajo deseo sexual. ✓

2 Problemas de excitación.

3 Eyaculación precoz.

4 Anorgasmia.

Cuando la depresión acompaña a una disfunción sexual, hay que tratarla porque puede causar el bajo deseo

En la tabla de técnicas de terapia sexual de Belloch (**tabla 14.6**), el primer punto para el **deseo sexual inhibido** en el hombre es el **tratamiento psicológico de trastornos que pueden causar el bajo deseo sexual, como la depresión o la ansiedad**. Penadés lo recoge igual en el **cuadro 22.1**: tratar los trastornos o problemas que pueden causar el bajo deseo sexual, como la depresión, la ansiedad, el estrés o los problemas de pareja. Ninguna de las dos tablas menciona la depresión en las técnicas para la eyaculación precoz o la disfunción orgásmica.

1 La depresión aparece en las dos tablas como causa del bajo deseo sexual que debe tratarse.

2 Para el trastorno eréctil las tablas proponen terapia cognitiva, fantasías sexuales y la parada y arranque, sin mencionar la depresión.

3 En la eyaculación precoz se trabajan las expectativas y mitos sexuales, la técnica del apretón o la de Semans y el control de los músculos pubococcígeos.

4 En la disfunción orgásmica femenina se proponen terapia cognitiva, entrenamiento en masturbación y ejercicios pubococcígeos.

Ojo. El DSM-5 fundió el bajo deseo y la excitación femeninos en el trastorno del interés/excitación sexual femenino, y en las dos tablas esa categoría hereda el tratamiento de la depresión (Belloch, «las descritas en el anterior apartado referido al hombre»). La opción 2 tendría algún apoyo en la mujer, pero lo que se trata en ese punto es el bajo deseo.

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. 22, cuadro 22.1, pág. 556. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, tabla 14.6, pág. 461.

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Penadés (Base).

54 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 3

De las siguientes estrategias ¿cuál se dirige a detectar precozmente la existencia de una enfermedad?:

1 Promoción de salud.

2 Prevención primaria.

3 Prevención secundaria. ✓

4 Prevención terciaria.

La prevención secundaria busca detectar la enfermedad en sus etapas iniciales

Amigo recoge la clasificación de Fielding (1978), con tres tipos de prevención. La **prevención primaria** toma medidas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; la **prevención secundaria** son los esfuerzos para detener el progreso de la enfermedad una vez que se ha iniciado, y la **prevención terciaria** incluye el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades que ya muestran sintomatología clínica. Belloch (2008) lo concreta en el cáncer: con la prevención secundaria se pretende **detectar el cáncer en sus etapas iniciales**, y en esta etapa es imprescindible una **detección precoz**. La Guía de tratamientos eficaces II también asigna a la prevención secundaria la detección temprana de los problemas de salud.

1 La promoción de la salud tiene como objetivo la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables y, con ello, la mejora de la calidad de vida.

2 La prevención primaria busca impedir que la enfermedad aparezca en personas sanas.

3 Detectar la enfermedad en sus etapas iniciales es el objetivo de la prevención secundaria.

4 La prevención terciaria se ocupa del tratamiento y la rehabilitación cuando la enfermedad ya ha mostrado sintomatología clínica.

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 la imagen). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 338. 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. 14, pág. 356.

EN EL ATLAS

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

55 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Según el Modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (1984) ¿en qué fase estaría una persona que evalúa la posibilidad de cambiar?:

1 Precontemplación.

2 Contemplación. ✓

3 Preparación.

4 Acción.

Quien está valorando si cambiar se encuentra en la contemplación

Fonseca describe el **modelo transteórico** con cinco etapas de motivación para el cambio. En la **contemplación** la persona es consciente de que tiene un problema y está pensando seriamente en solucionarlo, pero aún no se ha comprometido a tomar medidas. Los pacientes contempladores **luchan con sus evaluaciones positivas** del comportamiento disfuncional y con el esfuerzo que les costará superarlo, y el elemento central de esta fase es la **consideración de que cambiar ayudaría** a solucionar el problema. Es la situación de quien evalúa la posibilidad de cambiar.

1 En la precontemplación no hay motivación de cambio en un futuro previsible y la mayoría desconoce o niega su problema.

2 Evaluar la posibilidad de cambiar, sin compromiso todavía, define la contemplación.

3 En la preparación ya hay intención de tomar medidas en el próximo mes y algunos pasos dados en el último año.

4 En la acción la persona modifica su comportamiento, sus experiencias y su entorno para superar el problema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 100.

EN EL ATLAS: Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación).

56

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D15 · Asma bronquial

Respuesta correcta: 2

El entrenamiento para el uso del "peak flow meter" forma parte de los programas de automanejo de:

1. El colon irritable.
2. El asma. ✓
3. La diabetes.
4. Los problemas cardiovasculares.

El peak flow meter mide el flujo espiratorio y se enseña en el automanejo del asma

Amigo describe entre las habilidades del tratamiento psicológico del **asma bronquial** la de **reconocer los signos tempranos de la crisis** y saber responder a ellos. Los familiares pueden aprender a escuchar el resollar en el pecho del paciente y a usar el **peak flow meter**, un instrumento que mide el pico del **flujo máximo de una espiración**, es decir, la velocidad máxima del aire durante la espiración. El programa de automanejo *Living with asthma* (Creer et al., 1986) incluye en su primera sesión un acercamiento al uso del peak flow meter.

1. El manual describe el peak flow meter en el programa del asma, no en el colon irritable.
2. Es el asma, donde el manual lo incluye en la respuesta a las crisis y en la primera sesión del programa de automanejo.
3. En la diabetes el manual no menciona este instrumento, que mide la espiración.
4. Tampoco lo menciona en los problemas cardiovasculares.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Cap. 13, págs. 208-209.

Tema D15 · Asma bronquial. Se estudia con Amigo 2012 (Base).

57 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 1

En la Terapia de aceptación y compromiso aplicada al dolor crónico, ¿a qué se refiere la fase de "desesperanza creativa"?:

1 A la toma de conciencia de la falta de eficacia que han tenido las estrategias que el paciente ha aplicado hasta el momento para el control del dolor. ✓

2 A ayudar al paciente a ver sus pensamientos y sentimientos desde la perspectiva de un observador.

3 A enseñar al paciente a identificar los valores importantes de su vida.

4 A ayudar al paciente a desarrollar planes de conducta para cambiar su vida.

La desesperanza creativa hace ver al paciente que sus estrategias contra el dolor no han funcionado

Amigo presenta la **terapia de aceptación y compromiso** para el dolor crónico con las fases de Robinson, Wicksell y Olsson (2004), resumidas en la **tabla 10.3**. La primera, la **desesperanza creativa**, busca ayudar al paciente a **tomar consciencia de la falta de efectividad de las estrategias** que ha empleado hasta el momento para paliar o eliminar el dolor, y mostrarle otras formas de responder a él. Se ilustra con la metáfora del agujero y la pala. Ver los pensamientos desde un observador, identificar valores y desarrollar planes de conducta son objetivos de fases posteriores de la misma tabla.

1 Coincide con el objetivo que la tabla asigna a la desesperanza creativa.

2 Ver los pensamientos y sentimientos desde la perspectiva de un observador es un objetivo de la fase de alterar el papel del lenguaje.

3 Enseñar a identificar los valores importantes de la vida corresponde a la fase de valores.

4 Desarrollar e implementar planes de conducta para cambiar la vida corresponde a la fase de patrones de acción y compromiso.

Trampa. Las cuatro opciones son objetivos reales de la misma tabla; solo cambia la fase.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 6.2 y tabla 10.3 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 88

58 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 1

¿Para qué tipo de enfermedad se diseñó la Terapia psicológica adyuvante de Moorey y Greer (1989)?:

1 Cáncer. ✓

2 VIH.

3 Diabetes.

4 Fibromialgia.

La terapia psicológica adyuvante se creó para pacientes con cáncer

La Guía de tratamientos eficaces II, en su capítulo sobre el cáncer, describe la **terapia psicológica adyuvante** (TPA; Greer, 1995) como un programa cognitivo-conductual desarrollado en el **hospital Royal Marsden** y derivado de la **terapia cognitiva de Beck**. Parte de que el estrés relacionado con el cáncer depende del **significado personal de la enfermedad** y de las **estrategias de afrontamiento** del paciente. Moorey et al. (1998) la compararon con el counselling de apoyo en pacientes con varios tipos de cáncer, y la terapia cognitivo-conductual obtuvo mejores resultados en espíritu de lucha, afrontamiento del cáncer y ansiedad.

1. Es el cáncer, la enfermedad en cuyo contexto la guía describe el programa.
2. La guía no la presenta para la infección por VIH, que trata en otro capítulo.
3. Tampoco la relaciona con la diabetes.
4. Ni con la fibromialgia; el programa se centra en el estrés que provoca el cáncer.

Ojo. La Base del tema D13 (Amigo, 4.ª ed., cap. 14) no describe la TPA en el texto; solo la cita en la bibliografía y en las preguntas de autoevaluación. El comentario de partida remite a una edición de Amigo de 2015 (págs. 233-234) que no está en el corpus; de ella procede el desarrollo en tres fases, que no se ha podido comprobar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 2, págs. 67-68. Amigo Vázquez, I. et al. (2015). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Págs. 233-234 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

59

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos Revisar

Respuesta correcta: 3

Para que se identifique a una persona en el rol de enfermo propuesto por Parsons (1951), ¿cuál de los siguientes requisitos es necesario cumplir?:

1 Mostrar baja adherencia al tratamiento.

2 Ser responsable de los síntomas.

3 Implicarse en la recuperación de la salud. ✓

4 Continuar asumiendo las mismas responsabilidades.

En el rol de enfermo de Parsons, el enfermo tiene el deber de implicarse en su recuperación

El rol de enfermo de **Parsons** (1951) combina **derechos y deberes**. Según el comentario de partida, el enfermo queda exento de sus responsabilidades sociales, con la legitimación del médico, y no se le culpa de su estado, que se supone involuntario. A cambio debe reconocer que estar enfermo es indeseable y tiene la **obligación de buscar ayuda profesional y cooperar** para recuperarse cuanto antes. Implicarse en la recuperación es, por tanto, uno de los requisitos. El corpus del Atlas no describe el modelo: solo habla de la conducta de enfermedad de Mechanic (1962).

1 La baja adherencia choca con el deber de cooperar en el tratamiento.

2 El enfermo no es responsable de sus síntomas; se le exculpa porque la enfermedad se supone involuntaria.

3 Implicarse en la recuperación es uno de los deberes del rol.

4 El rol exime al enfermo de sus responsabilidades sociales habituales.

Ojo. El rol de enfermo de Parsons no aparece en ninguna obra del corpus, así que se cita la obra del comentario de partida, León Rubio (2014), que no está en él. Belloch (2020, vol. II, cap. 9) y Amigo (2012, cap. 7, pág. 122) solo tratan la conducta de enfermedad de Mechanic (1962).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: León Rubio, J. M. (2014). Psicología de la salud y de la calidad de vida. UOC. Págs. 18-19 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS: Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. León Rubio (2014) no es fuente de este tema.

60 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de las siguientes propuestas teóricas se incluye la intención de conducta como un determinante proximal de la conducta?:

1 Modelo creencias de salud (Rosenstock, 1974).

2 Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986).

3 Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1970). ✓

4 Modelo transteórico (Prochaska y Di Clemente, 1984).

La acción razonada pone la intención como determinante inmediato de la conducta

Amigo presenta la **teoría de la conducta planeada** de Ajzen (1988) como un desarrollo de la **teoría de la acción razonada** de Fishbein y Ajzen (1975). Según el modelo, el **determinante inmediato de una conducta es la intención** que la persona tiene de realizarla, entendida como un plan de acción para alcanzar metas conductuales. Gaviria lo resume igual: en la formulación inicial de Fishbein y Ajzen la **intención** es el elemento central y depende de la **actitud hacia la conducta** y de la **norma subjetiva**. El modelo de creencias sobre la salud, en cambio, se apoya en la susceptibilidad, la severidad, los costes y los beneficios.

1 El modelo de creencias sobre la salud se basa en la susceptibilidad y la severidad percibidas, los costes y beneficios de la conducta preventiva y las claves para actuar, sin la intención.

2 La teoría del aprendizaje social de Bandura no es la que propone la intención como determinante proximal.

3 En la acción razonada la intención es el determinante inmediato de la conducta.

4 El modelo transteórico describe etapas de motivación para el cambio, de la precontemplación al mantenimiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1 y 4.3 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen). Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 161-162. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 100.

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

61 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

J. Frank es uno de los autores más importantes en el estudio de los "factores comunes" en psicoterapia. Señale cuál de los siguientes es uno de los cuatro "factores comunes" que propone como características de todas (o muchas) las formas de psicoterapia (Frank y Frank, 1991):

1. "Un ritual" o procedimiento que requiere la participación activa del terapeuta y del cliente. ✓
2. Un "condicionamiento operante" a través del cual el terapeuta expresa aprobación o desaprobación de la conducta del paciente.
3. Una "regulación conductual" o "experiencia correctiva" basada en la capacidad de sugestión y persuasión del terapeuta.
4. "Factores del terapeuta" como directividad, empatía, autoridad o aceptación positiva incondicional.

Para Frank, el ritual es un factor común que exige la participación activa del paciente

Frank distinguió **cuatro factores comunes** de naturaleza estructural, presentes en todos los tratamientos psicológicos: la **relación interpersonal** entre paciente y terapeuta, el **escenario** donde tiene lugar el tratamiento, el **mito** o explicación de las dificultades y el **ritual**. El ritual es el conjunto de acciones prescritas por la teoría como vía para la curación, y es característico que exija el esfuerzo del paciente y conlleve su **participación activa** en el proceso de cambio. Fonseca resume el modelo de Frank y Frank (1991) con los mismos cuatro elementos: la relación, un marco conceptual explicativo, los procedimientos o rituales y el contexto de curación.

1. El ritual es uno de los cuatro factores comunes y requiere la participación activa del paciente.
2. El condicionamiento operante no figura entre los cuatro factores de Frank.
3. La regulación conductual o experiencia correctiva no es uno de ellos; Frank habla de relación, escenario, mito y ritual.
4. Los factores de Frank son estructurales y no incluyen rasgos del terapeuta como la directividad o la empatía.

LOS CUATRO FACTORES COMUNES DE FRANK

Factor	Descripción en el manual
La relación interpersonal que se establece entre paciente y terapeuta	Se trata de una relación asimétrica, marcada por el hecho de que el/la paciente es una persona con una fuerte necesidad de ayuda y el/la terapeuta alguien en condición de ayudarle
El escenario dónde tiene lugar el tratamiento	El hecho de que la cultura reserve un espacio, sea un templo, un hospital o un moderno despacho, para el desarrollo de los tratamientos psicológicos constituye un factor importante en la generación de expectativas de curación del/la paciente
El mito o explicación de las dificultades que aquejan al paciente	Dicha explicación, para que pueda ser aceptada por este, ha de ser congruente con su visión del mundo
El ritual o conjunto de acciones prescritas por la teoría como vía ineludible para conseguir la curación	Es característico de estos cursos de acción prescritos que exijan el esfuerzo del/la paciente y conlleven la participación activa de este en el proceso de cambio

Fuente: Rojí y Saúl (2022), cap. 12, apdo. 2

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 12, apdo. 2. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 73.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Rojí y Saúl (Consulta) y Fonseca Adultos (Ampliación).

62 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

La entrevista motivacional (EM), terapia desarrollada en sus orígenes para el tratamiento de las adicciones, ha sido reformulada recientemente por sus autores (Miller y Rollnick, 2013), quienes proponen que son cuatro procesos los que componen la EM; estos son:

1 Vincular, enfocar, evocar y planificar. ✓

2 Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

3 Empatía, discrepancia, discusión y autoeficacia.

4 Evaluar, dialogar, escuchar, convencer.

La entrevista motivacional actual se articula en cuatro procesos, que son vincular, enfocar, evocar y planificar

Penadés recoge la propuesta actual de **Miller y Rollnick (2015)**, que define **cuatro procesos** que suelen aparecer de manera secuencial o solapada dentro del proceso terapéutico, y añade que no puede haber entrevista motivacional sin vincular, enfocar y evocar. El cuadro 26.5 los resume: **vincular** es generar una alianza y relación de trabajo con el paciente; **enfocar**, localizar objetivos de cambio compartidos; **evocar**, explicitar las motivaciones de la persona hacia el cambio, y **planificar**, concretar cómo hacer el cambio.

1 Son los cuatro procesos de la propuesta de Miller y Rollnick.

2 Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento son etapas del modelo transteórico de cambio, no procesos de la entrevista motivacional.

3 Expresar empatía, desarrollar discrepancia y evitar la discusión, junto con dar un giro a la resistencia y apoyar la autoeficacia, son los cinco principios clínicos básicos de la entrevista motivacional.

4 Convencer no forma parte del método; el terapeuta debe evitar convencer al paciente de que tiene un problema.

Trampa. La opción 3 mezcla cuatro de los cinco principios clínicos de la entrevista motivacional; son principios y no procesos.

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, cuadro 26.5, págs. 631-632 y 649; cap. 25, pág. 618. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 100.

EN EL ATLAS: Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 137

63 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 1

Si un psicólogo/a clínico emplea las técnicas de "mindulness desapegado", "entrenamiento en atención" y "reorientación (o "refocalización") de la atención situacional", en qué modelo de psicoterapia se estaría basando:

1 Terapia metacognitiva (Wells). ✓

2 Terapia de aceptación y compromiso (Hayes y cols.).

3 Psicoterapia analítico funcional (Kholenberg y Tsai).

4 Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (Segal y cols.)

El mindfulness desapegado y el entrenamiento en atención son técnicas de la terapia metacognitiva de Wells

En la **terapia metacognitiva** de Wells, la **reorientación de la atención situacional** (SAR) es una técnica de modificación atencional distinta del **entrenamiento en la atención** (EA), y el **mindfulness desapegado** (detached mindfulness) tiene capítulo propio. Rodríguez Morejón resume las técnicas de la terapia metacognitiva: diálogo socrático sobre las metacogniciones, experimentos conductuales, **entrenamiento atencional**, que busca desarrollar flexibilidad atencional, y tareas de **detached mindfulness**, pensadas para desarrollar metaconciencia y separarse de los eventos mentales (Wells, 2009). Las tres técnicas del enunciado pertenecen, por tanto, a este modelo.

1 Las tres técnicas forman parte de la terapia metacognitiva.

2 La terapia de aceptación y compromiso de Hayes no es la que agrupa estas tres técnicas.

3 La psicoterapia analítico-funcional de Kohlenberg y Tsai tampoco.

4 La terapia cognitiva basada en mindfulness de Segal usa el mindfulness, pero el detached mindfulness, el entrenamiento en atención y la SAR son técnicas de Wells.

Ojo. La Base del tema F25 (Díaz y Ruiz, cap. 11) expone el modelo de la terapia metacognitiva y su aplicación a los trastornos alimentarios, pero no enumera estas técnicas; están en Rodríguez Morejón (cap. 23) y en el manual de Wells.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Wells, A. (2020). Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión. Desclée De Brouwer. Cap. 4, págs. 89 y 106; cap. 5, pág. 109. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 23, págs. 401-402.

EN EL ATLAS: Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación) y Wells (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 141

64

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia

Respuesta correcta: 3

Las guías clínicas del Sistema Nacional de Salud (guíasalud.es) establecen 8 niveles de evidencia (de 1++ a 4) y 4 grados de recomendación (de “A” a “D”). ¿Qué grado de recomendación suponen las “opiniones de los expertos” y las “series de casos clínicos”?:

1. Nivel “B”.
2. Nivel “C”.
3. Nivel “D”. ✓
4. No se consideran como evidencia científica, por lo que esos aspectos están excluidos como criterios de cara a la asignación de niveles de recomendación.

La opinión de expertos y las series de casos sustentan una recomendación de grado D

Fonseca reproduce en la **tabla 1.5** los niveles de evidencia y grados de recomendación de las **guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud**. Los estudios no analíticos, como **informes de casos y series de casos**, son el **nivel 3**, y la **opinión de expertos** es el **nivel 4**. El grado D corresponde a la evidencia de nivel 3 o 4, o a la evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. Las opiniones de expertos y las series de casos, por tanto, sí cuentan como evidencia, pero solo permiten el grado de recomendación más bajo.

1. El grado B exige evidencia suficiente de estudios de nivel 2++ o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
2. El grado C exige evidencia suficiente de estudios de nivel 2+ o extrapolada de estudios de nivel 2++.
3. El grado D se basa en evidencia de nivel 3 (series de casos) o 4 (opinión de expertos).
4. Las series de casos y la opinión de expertos figuran en la tabla como niveles 3 y 4, así que no quedan excluidas.

TABLA 1.5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Nivel o grado	Definición
Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grado de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 1, tabla 1.5, pág. 49

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 1, tabla 1.5, pág. 49.

EN EL ATLAS

Tema C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

65 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 1

En un tratamiento psicológico orientado a la superación de miedos, fobias y ansiedad en general, la técnica de modelado más recomendable es:

1 De afrontamiento. ✓

2 Asertivo.

3 Con reproducción reforzada.

4 Competente.

En los problemas de ansiedad conviene un modelo de afrontamiento, que empieza con dificultades y las supera

Díaz y Ruiz distinguen dos tipos de modelo cuando el objetivo del modelado es reducir déficits de habilidades o enseñar otras nuevas. El **modelo mastery o competente** es un experto que no muestra miedo y es competente en todo momento. El **modelo coping o de afrontamiento** muestra al principio dificultades, pero las supera. En los **problemas de ansiedad** suele estar más indicado el modelo coping, que al principio se comporta ante la situación fóbica de manera similar al observador, inhábil o temeroso, y gradualmente muestra **menos temor y mayor habilidad**. Los modelos mastery son más pertinentes para enseñar habilidades o destrezas precisas.

1 El modelo de afrontamiento es el más indicado en los problemas de ansiedad.

2 El manual no clasifica los modelos en asertivos y no asertivos.

3 La reproducción reforzada no es uno de los dos tipos de modelo que distingue el manual.

4 El modelo competente o mastery es más pertinente para incrementar habilidades o destrezas precisas, como aprender a conducir.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, págs. 303-304.

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

66 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración

Respuesta correcta: 2

Señale cómo se denomina la intervención que consiste en la repetición mental de fórmulas verbales (frases elaboradas) sobre sensaciones psicofisiológicas durante breves periodos de tiempo, además de una concentración pasiva en dichas sensaciones:

1 Autorregulación emocional.

2 Entrenamiento autógeno. ✓

3 Entrenamiento en autoinstrucciones y respiración.

4 Entrenamiento en consciencia plena (mindfulness).

Repetir fórmulas verbales sobre sensaciones con concentración pasiva es el entrenamiento autógeno

Díaz y Ruiz atribuyen el **entrenamiento en relajación autógena** al neurólogo J. H. **Schultz** (1931). El procedimiento de aprendizaje que diseñó se basaba en **tres principios**: la **repetición mental**, durante breves periodos de tiempo, de **fórmulas verbales** que describen las distintas respuestas psicofisiológicas; la **concentración pasiva** del paciente, y la reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva. El grado inferior consta de ejercicios que, mediante autosugestión, dan lugar a sensaciones de reposo, pesadez y calor.

1 La autorregulación emocional no es el nombre de esta técnica de relajación.

2 Las fórmulas verbales y la concentración pasiva son dos de los tres principios del entrenamiento autógeno.

3 Las autoinstrucciones trabajan el diálogo interno y no la concentración pasiva en sensaciones corporales.

4 El mindfulness no se define por la repetición de fórmulas verbales sobre sensaciones fisiológicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, págs. 275-276.

EN EL ATLAS: Tema F14 · Técnicas de relajación y respiración. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

67 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 1

Cuando en la técnica de modelado, el modelo muestra conductas evocadoras de ansiedad que no conllevan consecuencias negativas, el terapeuta intenta conseguir:

1 Extinción vicaria. ✓

2 Moldeamiento vicario.

3 Castigo negativo vicario.

4 Modelado negativo.

Ver que el modelo afronta lo temido sin consecuencias negativas produce extinción vicaria

En los problemas de ansiedad el miedo se mantiene sobre todo por la **anticipación de consecuencias negativas** y por déficits de habilidades. Según Díaz y Ruiz, el modelado puede tratar ambas condiciones a la vez cuando un modelo demuestra que las **conductas evocadoras de ansiedad no conllevan consecuencias negativas**, proceso que se conoce como **extinción vicaria**. El manual añade que el reforzamiento vicario favorece la imitación y que el **castigo vicario** tiende a promover las conductas de contraimitación.

1. Es la extinción vicaria, tal como la define el manual.
2. El moldeamiento es una técnica operante para instaurar conductas nuevas mediante aproximaciones sucesivas; el manual no habla de moldeamiento vicario en este proceso.
3. El manual habla de castigo vicario, que promueve la contraimitación, y no de castigo negativo vicario.
4. El modelado negativo es el de conductas no deseadas en ambientes naturales, como el ladrón que aprende de otro.

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. 303. Sanz Aparicio, M. T., Menéndez Balaña, F. J. y Rivero Expósito, M. P. (2019). Fundamentos teóricos y prácticos de la motivación. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 169.

EN EL ATLAS

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

68 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 3

La desensibilización por contacto es una variante de la desensibilización sistemática, en la cual:

1 El terapeuta utiliza instrucciones verbales y guía física para que el cliente realice la exposición con mayor facilidad.

2 El terapeuta utiliza, en el proceso de desensibilización, elementos adicionales para favorecer la imaginación de escenas, como fotografías, diapositivas o grabaciones de audio.

3 El terapeuta actúa como modelo usando, incluso, el contacto físico con el cliente (sosteniendo la mano del cliente o colocando su mano en su espalda) mientras este realiza la exposición. ✓

4 El terapeuta facilita que el cliente realice contacto físico con los estímulos fóbicos (tocándolos con sus propias manos) para así aumentar la eficacia de la exposición.

En la desensibilización por contacto el terapeuta modela y llega a guiar físicamente al cliente

Díaz y Ruiz explican que el **modelado participante** también se conoce como **desensibilización por contacto** (Ritter, 1968, 1969) o **participación guiada** (Bandura, 1976). Combina modelado, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y desensibilización en vivo. El terapeuta actúa como modelo, anima al cliente a imitarle y, si es necesario, le ayuda físicamente; por ejemplo, le acerca la mano para acariciar al perro temido. Además de guiar la conducta, el **contacto físico entre terapeuta y cliente** produce una respuesta de tranquilidad que compite con la ansiedad, y de ahí el proceso de desensibilización.

1 La técnica incluye instrucciones y guía física, pero lo que le da nombre es el contacto entre terapeuta y cliente mientras el terapeuta actúa como modelo.

2 Usar fotografías o grabaciones para facilitar la imaginación no forma parte del modelado participante, que se hace en vivo.

3 El terapeuta actúa como modelo y el contacto físico con el cliente compite con la ansiedad.

4 El contacto que da nombre a la técnica es el del terapeuta con el cliente, no solo el del cliente con el estímulo temido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, págs. 305-306.

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

69 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad Anulada

Anulada

Dentro de los miedos normales en el desarrollo evolutivo, señale cuál de las siguientes opciones NO describe los miedos propios de la edad que se indica:

1 A los 2 años: ruidos fuertes, oscuridad, separación de los padres, objetos o máquinas grandes, cambios en el ambiente personal.

2 De los 3-4 años: miedo a las máscaras, oscuridad, animales, separación de los padres, ruidos inesperados (incluyendo los nocturnos).

3 De los 7-8 años: seres sobrenaturales, oscuridad, permanecer solos, miedos basados en sucesos informados por medios de comunicación, daño físico, ridículo.

4 De los 9-12 años: relaciones entre iguales, aspecto físico y pérdida de autoestima.

Los manuales asignan edades distintas a los miedos evolutivos, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Valiente, Sandín y Chorot recogen los **miedos más comunes** según la fase del desarrollo (tabla 3, tomada de Sandín) con tramos de edad que no coinciden con los del enunciado: 0-12 meses, 1-2½ años, **preescolar (2½-6 años)** con oscuridad, animales, quedarse solo y fantasmas, **niñez media (6-11 años)** con sucesos sobrenaturales, daño físico, salud y muerte y miedos escolares, y **preadolescencia (11-13 años)**, en la que aparecen los miedos sociales y los relacionados con la autoimagen. Con esos tramos, las cuatro opciones mezclan contenidos de distintas fases.

1 Ruidos fuertes y separación aparecen en el primer año y en la niñez temprana de la tabla; oscuridad, en la etapa preescolar.

2 Oscuridad y animales son miedos de la etapa preescolar (2½-6 años) en la tabla.

3 Daño físico y sucesos sobrenaturales son miedos de la niñez media (6-11 años).

4 Clave provisional. Los miedos sociales y los relacionados con la autoimagen aparecen en la tabla en la preadolescencia (11-13 años), no a los 9-12.

Ojo. El comentario de partida atribuye la anulación a que cada manual da edades distintas. En el corpus, la tabla de Valiente es la única con tramos de edad y no coincide con ninguno de los del enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Valiente, R. M., Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Miedos en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 2, tabla 3, págs. 37-38.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Valiente (Consulta).

70 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

La Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en su aplicación a niños:

1 Consta de 8 fases, igual que en adultos. ✓

2 Sólo utiliza la fase de desensibilización o reprocesamiento.

3 Reduce las 8 fases a cuatro.

4 Prescinde de la intervención sobre aspectos cognitivos.

El EMDR con niños sigue las mismas ocho fases que con adultos

Comeche y Vallejo (2016) describen el **EMDR** de Shapiro (1995) en el tratamiento del maltrato infantil: busca el procesamiento de la información traumática y promueve **cogniciones adaptativas** relacionadas con el trauma. Su protocolo estructurado consta de **ocho fases**: historia y planificación, preparación, explicación y práctica con la estimulación bilateral, evaluación, desensibilización y reprocesamiento, instalación de la cognición positiva, escaneo corporal, cierre y nueva evaluación. La fase más característica es la cuarta. Fonseca describe en adultos el mismo **modelo de tratamiento en ocho fases**. Con niños el protocolo se ajusta a la edad, pero no se reduce.

1 El protocolo consta de ocho fases, las mismas que en adultos.

2 La desensibilización y reprocesamiento es la fase más característica, pero solo una de las ocho.

3 El manual no reduce las fases con los niños; pide ajustar el protocolo a su edad y nivel evolutivo.

4 El EMDR promueve cogniciones adaptativas e instala una cognición positiva, así que trabaja los aspectos cognitivos.

Ojo. Se cita la 3.ª edición de Vallejo Infantil (2016) porque la 4.ª (2022), vigente en el Atlas, ya no describe las fases: recoge que el EMDR no ha demostrado de forma sólida su eficacia en el TEPT infantojuvenil y que es una terapia de segunda línea en menores (cap. 8, págs. 364-365).

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 (Mas Hesse y Carrasco Ortiz), pág. 289. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 419. 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. 364-365.

EN EL ATLAS

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

71 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Las escenificaciones emotivas, como procedimiento de tratamiento de la ansiedad en niños, constan de:

1 Tres componentes: exposición en vivo, modelado participante y práctica reforzada. ✓

2 Tres componentes: terapia de juego, exposición en vivo y reforzamiento diferencial.

3 Un componente fundamental basado en la exposición con prevención de respuesta.

4 Tres componentes: desensibilización, reforzamiento diferencial y moldeamiento.

Las escenificaciones emotivas combinan exposición en vivo, modelado participante y práctica reforzada

Las **escenificaciones emotivas** (Méndez, 1986) surgieron como variante en vivo de las imágenes emotivas e incluyen elementos operantes y de modelado para facilitar las exposiciones en vivo. Caballo y Simón explican su eficacia con tres paradigmas: son una forma de **desensibilización en vivo** dentro de un juego, una modalidad de aproximaciones sucesivas o de **práctica reforzada**, e incorporan el **modelado participante**. Recogen también la propuesta de Ollendick (1979) de combinar desensibilización, modelado y práctica reforzada, procedimientos que comparten la interacción graduada y en vivo con los estímulos fóbicos. Vallejo Infantil la describe con ayudas del terapeuta (inducción verbal, modelado, guía física) y refuerzo por aproximarse.

1 Exposición en vivo, modelado participante y práctica reforzada son los procedimientos que integra la técnica.

2 El juego es el contexto de la exposición, no un componente de terapia de juego, y el refuerzo del programa es positivo y contingente a la aproximación.

3 No se basa en la exposición con prevención de respuesta, sino en interacciones en vivo graduadas, breves y repetidas.

4 La desensibilización está en la explicación de su eficacia, pero el manual no cita el reforzamiento diferencial ni el moldeamiento como sus tres componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, págs. 82-83. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, tabla 10, págs. 141-142.

EN EL ATLAS

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

72 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 2

El tratamiento conductual de la encopresis funcional (por ejemplo, Bragado, 2001):

1 Se basa fundamentalmente en los principios del comportamiento clásico.

2 Se basa fundamentalmente en los principios del condicionamiento operante. ✓

3 Se basa, fundamentalmente, en los principios del biofeedback.

4 No existe un tratamiento exclusivamente conductual de la encopresis funcional.

El tratamiento conductual de la encopresis se apoya en el condicionamiento operante

Fonseca y Vallejo Infantil coinciden: a diferencia de la **enuresis**, cuyas intervenciones se basan sobre todo en el **condicionamiento clásico**, en la **encopresis** el fundamento teórico está en sintonía con el **condicionamiento operante**. El **reforzamiento positivo** es la técnica más empleada y común a todos los paquetes de tratamiento, y una de las intervenciones con mayor aceptación es el **entrenamiento en hábitos de defecación**, que combina la práctica programada con técnicas operantes como el reforzamiento positivo y el control de estímulos.

1 El condicionamiento clásico es la base de las intervenciones para la enuresis, no para la encopresis.

2 El fundamento teórico del tratamiento conductual de la encopresis es el condicionamiento operante.

3 El biofeedback es una técnica más, aconsejada en los casos de contracción paradójica del esfínter, no el fundamento del tratamiento.

4 Los dos manuales describen un tratamiento conductual de la encopresis, aunque suele combinarse con el médico en intervenciones multicomponente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 365-366. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, págs. 464-466.

EN EL ATLAS: Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 180

73

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 1

La técnica de Inversión del hábito (Azrin y Nunn):

1. Ha demostrado su eficacia en los trastornos por tics en niños, tanto a corto como a largo plazo. ✓
2. No es una técnica psicológica eficaz, ya que tiende a incrementar los tics a largo plazo.
3. Está indicada en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo infantil.
4. Se basa fundamentalmente en la relajación de Jacobson.

La inversión del hábito de Azrin y Nunn es eficaz en los tics infantiles a corto y a largo plazo

Fonseca presenta la **terapia de inversión del hábito** (TIH), ideada por **Azrin y Nunn** (1973), como la terapia de manejo de tics **más estudiada y validada** en niños y jóvenes con trastornos motores. Sus componentes son el entrenamiento en conciencia, la respuesta competitiva y el apoyo social. Los estudios de **seguimiento** muestran éxito **a los seis meses o dos años**, con mejora de síntomas secundarios como la ansiedad o la tensión familiar. En un estudio la TIH redujo los tics un 84 por 100 tras el primer día y las ganancias parecieron mantenerse durante 18 meses.

1. Su eficacia se ha mostrado a corto plazo y en seguimientos de hasta dos años.
2. El manual no recoge que incremente los tics; al contrario, es la terapia de tics más validada.
3. El manual la presenta como tratamiento de los tics y del trastorno de movimientos estereotipados, no del TOC infantil.
4. Su núcleo es la toma de conciencia y la respuesta competitiva; el entrenamiento en relajación figura entre los componentes coadyuvantes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, págs. 244-247.

EN EL ATLAS

Tema C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 184

74

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes técnicas está dirigida a trabajar las conductas impulsivas en niños?:

1 Técnica del árbol.

2 Técnica de la alfombra mágica.

3 Técnica del águila.

4 Técnica de la tortuga. ✓

La técnica de la tortuga enseña a los niños pequeños a controlar sus conductas impulsivas

En el tratamiento de la hiperactividad, Caballo y Simón presentan la **técnica de la tortuga** (Schneider y Robin, 1976) como ejemplo de la incorporación de técnicas cognitivo-conductuales. Se aplica individualmente o en grupo y está encaminada a enseñar a los **niños pequeños** a **controlar sus conductas impulsivas**, perturbadoras y agresivas. Se desarrolla en fases: se **modela la posición de la tortuga**, se entrena a los niños en **relajación**, se aprenden estrategias de **solución de problemas** y se programa la generalización de lo aprendido.

1 La técnica del árbol no aparece en el corpus como técnica para la impulsividad.

2 Tampoco la técnica de la alfombra mágica.

3 Ni la técnica del águila.

4 La técnica de la tortuga se dirige a las conductas impulsivas, perturbadoras y agresivas de los niños pequeños.

Ojo. La Base del tema C27 (Fonseca I/A, cap. 7) no describe la técnica, y la 4.ª edición de Vallejo Infantil solo usa la tortuga como imagen en la relajación de Koeppen. El comentario de partida remite a la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (2008), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 14, pág. 420. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia. Pirámide. Págs. 141-142 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Caballo y Simón no es fuente de este tema.

75

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia

Respuesta correcta: 3

Según el modelo A-B-C en terapia cognitiva aplicada a niños y adolescentes y teniendo en cuenta los estadios evolutivos postulados por Piaget, señala la opción correcta:

1. La terapia cognitiva no es aplicable a niños en el estadio de operaciones concretas.
2. La terapia cognitiva no es aplicable a niños en el estadio de operaciones formales.
3. La terapia cognitiva no es aplicable a niños en el estadio preoperativo. ✓
4. La terapia cognitiva no es aplicable en los estadios preoperativos y de operaciones concretas, pero sí en el estadio de operaciones formales.

Las técnicas cognitivas requieren un desarrollo cognitivo mínimo que no se alcanza en el estadio preoperacional

Vallejo Infantil sitúa entre los **2 y los 7 años** el **estadio preoperacional**, en el que el niño piensa simbólicamente pero se centra en un solo aspecto del problema. De los **7 a los 11** (operaciones concretas) aparece el **razonamiento lógico** y la capacidad de asumir varias perspectivas. El manual añade que el **tratamiento cognitivo** es menos utilizado a edades tempranas porque **requiere un nivel mínimo de desarrollo cognitivo**, y recoge la eficacia del Coping Cat, con autoinstrucciones y técnicas cognitivas, en niños de 7 a 13 o 14 años. Las técnicas cognitivas son aplicables desde las operaciones concretas, pero no en el estadio preoperacional.

1. En las operaciones concretas ya hay razonamiento lógico, y programas cognitivo-conductuales como el Coping Cat se aplican desde los 7 años.
2. En las operaciones formales la terapia cognitiva sí es aplicable; en niños mayores y adolescentes se añaden técnicas como la reestructuración cognitiva.
3. En el estadio preoperacional falta el nivel mínimo de desarrollo cognitivo que la terapia requiere.
4. Excluir también las operaciones concretas contradice la aplicación de programas cognitivos desde los 7 años.

Ojo. En el cap. 1 (pág. 50), Vallejo Infantil señala que hasta la preadolescencia predominan las técnicas operantes y que después es característico el uso de técnicas cognitivas, lo que podría leerse a favor de la opción 4. La relación literal con el modelo A-B-C y los estadios de Piaget está en la obra del comentario de partida, García Vera y Sanz (2016), que no está en el corpus.

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. 1, pág. 50; cap. 2, pág. 83; cap. 3, págs. 135 y 137. García Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta. Pirámide. Pág. 76 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

76 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento de la ansiedad por separación y ansiedad generalizada en la infancia, para poder aplicar la técnica de relajación progresiva, Cautela y Groden (1989) señalan unas habilidades mínimas para realizar los ejercicios de relajación. Entre estas se encuentran:

1 Permanecer quieto durante cinco segundos. ✓

2 Mantener el contacto ocular durante diez segundos.

3 Cumplir instrucciones complejas.

4 Imitación de habilidades motoras complejas.

Para relajar a un niño pequeño basta con que pueda estar sentado un rato, mirar, imitar y seguir órdenes sencillas

Díaz y Ruiz indican que con **niños pequeños** pueden utilizarse las técnicas de relajación siempre que posean una serie de **habilidades básicas**: poder **permanecer sentados en una silla durante un corto periodo de tiempo**, **mantener contacto ocular**, **poder imitar conductas** y **responder a órdenes sencillas**. Vallejo Infantil recoge que Cautela y Groden (1985) adaptaron la relajación muscular progresiva para enseñarla a niños mayores y pequeños. Permanecer quieto unos segundos encaja con la primera de esas habilidades.

1 Permanecer quieto un breve periodo es una de las habilidades básicas que se piden.

2 Se pide mantener contacto ocular, sin fijar un tiempo de diez segundos.

3 Basta con responder a órdenes sencillas, no complejas.

4 Se pide poder imitar conductas, no habilidades motoras complejas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, pág. 270. 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. 319.

EN EL ATLAS: Tema F14 · Técnicas de relajación y respiración. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

77 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Señale la respuesta correcta con respecto al programa ACCIÓN (Stark y cols., 2010) para el tratamiento grupal de la depresión mayor:

1 La población diana son adolescentes de entre 13 y 18 años.

2 Utiliza planificación de actividades placenteras y de dominio y el entrenamiento en habilidades de autocontrol de la ira. ✓

3 No tiene en cuenta el uso de técnicas de reestructuración cognitiva adaptadas a niños.

4 Las habilidades de solución de problemas no forman parte del programa.

El programa ACCIÓN incluye actividades placenteras y de dominio y el control de la ira

Vallejo Infantil compara en la **tabla 4** el programa **ACCIÓN** de Stark con el Curso de Afrontamiento de la Depresión para adolescentes de Lewinsohn. ACCIÓN se dirige a **niños de 8 a 13 años**, en formato grupal, y entre sus técnicas figuran las actividades agradables, la relajación, la **reestructuración cognitiva** y la **solución de problemas**. El tratamiento basado en ACCIÓN incluye la **planificación de actividades placenteras** y también de actividades de dominio, que dan sentimiento de logro, y enseña a reducir los niveles excesivos de ira, hostilidad e irritabilidad, con apoyo en el libro de Huebner (2008).

1 La población diana de ACCIÓN son niños de 8 a 13 años; los adolescentes de 13 a 18 son los del programa de Lewinsohn.

2 Actividades placenteras y de dominio y control de la ira forman parte del tratamiento basado en ACCIÓN.

3 La reestructuración cognitiva es una de sus técnicas principales.

4 La solución de problemas también está entre sus técnicas principales.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE DOS PROGRAMAS MULTICOMPONENTES PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Características	ACCIÓN (Stark)	Curso de Afrontamiento de la Depresión-Versión Adolescente (Lewinsohn)
Población diana	Niños (8-13 años)	Adolescentes (13-18 años)
Formato	Grupal	Grupal
Duración	30 semanas	8 semanas
Sesiones	30 (45-50 minutos)	16 (120 minutos)
Técnicas principales	Actividades agradables; Autocontrol; Relajación; Reestructuración cognitiva; Entrenamiento en asertividad; Solución de problemas; Solución de problemas interpersonales; Educación emocional; Autoinstrucciones	Actividades agradables; Autocontrol; Relajación; Reestructuración cognitiva; Entrenamiento en habilidades sociales; Solución de conflictos; Habilidades de comunicación; Mantenimiento de logros y prevención de recaídas

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 7, tabla 4, pág. 316

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, tabla 4, pág. 316, y págs. 318-320.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

78 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 2

En la Hipótesis de la coerción (Patterson, 1982), cuando el padre retira la orden por no oír llorar o gritar al niño porque no obedece, el mantenimiento de la conducta coercitiva se explica por:

1 Refuerzo positivo.

2 Refuerzo negativo. ✓

3 Castigo positivo.

4 Castigo negativo.

Si el padre retira la orden para no oír llorar al niño, la conducta coercitiva se mantiene por refuerzo negativo

Vallejo Infantil considera la **hipótesis de la coerción** de Patterson quizá el modelo más aceptado para explicar las conductas desobedientes. Las conductas coercitivas rudimentarias, como llorar o gritar, se mantienen si los padres responden a ellas e ignoran las peticiones verbales. El manual destaca la importancia del **reforzamiento negativo**: en el ejemplo de la **tabla 3**, la conducta coercitiva del niño se refuerza negativamente por la **retirada de la orden paterna**, que elimina un acontecimiento aversivo. A su vez, la conducta coercitiva del padre se refuerza negativamente por la desaparición de los llantos y positivamente por la obediencia.

1. El manual reconoce también el papel del refuerzo positivo, por ejemplo la atención de los padres, pero en esta secuencia el niño consigue que desaparezca la orden.
2. La retirada de la orden elimina un acontecimiento aversivo y refuerza negativamente la conducta coercitiva.
3. No hay castigo positivo: la consecuencia no añade nada aversivo y la conducta aumenta.
4. Tampoco castigo negativo, porque la conducta coercitiva del niño se mantiene e incrementa.

TABLA 3. PROCESO DE REFORZAMIENTO NEGATIVO DE LAS CONDUCTAS COERCITIVAS DEL NIÑO/PADRE

Reforzamiento negativo	Secuencia
Reforzamiento negativo (conducta niño)	Aparición de un acontecimiento aversivo (Orden paterna: Recoge tus juguetes) → Respuesta coercitiva del niño (Llora, grita, patalea, golpea cosas, no obedece) → Eliminación del acontecimiento aversivo (El padre retira la orden, por no oír llorar o gritar al niño)
Reforzamiento negativo (conducta padre)	Aparición de un acontecimiento aversivo (Orden paterna: Recoge tus juguetes) → Respuesta coercitiva del niño (Llora, grita, patalea, golpea cosas, no obedece) → Respuesta coercitiva del padre (acontecimiento aversivo) (El padre grita también, repite la orden) → Intensificación de la conducta coercitiva del niño (El niño chilla más fuerte, patalea, no obedece) → Intensificación de la conducta coercitiva del padre (El padre grita más, amenaza, repite la orden, castiga físicamente) → Eliminación de la respuesta coercitiva del niño (El niño deja de gritar y obedece)

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 13, tabla 3, pág. 579

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13, págs. 577-578, y tabla 3, pág. 579.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 186

79

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

"Imagina que eres un gato que se despereza, estirando sus patas y arqueando el lomo". ¿A qué corresponde esta instrucción?:

1. Ésta es una instrucción que forma parte del entrenamiento en respiración profunda, para el control de la activación fisiológica excesiva en niños.
2. Forma parte del entrenamiento en autoinstrucciones (Meichembaum y Goodman, 1971)
3. Forma parte de las instrucciones del entrenamiento en relajación de Koeppen (1974), una variante de la relajación progresiva. ✓
4. Forma parte de las autoinstrucciones utilizadas en el programa Coping Cat de Kendall (1990).

Imaginarse un gato que se estira es un ejercicio de la relajación de Koeppen

Vallejo Infantil explica que el procedimiento de **Jacobson** exige mucho tiempo de aprendizaje, por lo que **Koeppen** (1974) elaboró para los niños ejercicios de **tensión y distensión** de los distintos grupos musculares a partir de la **sugestión e imágenes mentales**. La **tabla 8** resume cada ejercicio: exprimir un limón para las manos, ser una tortuga que se mete en su caparazón para hombros y cuello, o, para **brazos y hombros**, imaginar que se es un gato muy perezoso que quiere estirarse. Es, por tanto, una variante de la relajación muscular progresiva adaptada a niños.

1. La respiración del manual sigue fases de inhalación, retención y exhalación, sin imágenes de animales.
2. Las autoinstrucciones son frases del tipo «soy capaz de hacerlo» para modificar el diálogo interno, no instrucciones de tensión muscular.
3. Pertenece a los ejercicios de relajación de Koeppen para brazos y hombros.
4. El Coping Cat usa autoinstrucciones, pero el gato que se estira es un ejercicio de relajación de Koeppen.

Trampa. La palabra «gato» empuja hacia el Coping Cat (el gato valiente), que es otra cosa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 135, y tabla 8, pág. 136.

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

80

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes NO es un programa de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia?:

1. El programa de tratamiento Coping Cat.
2. El programa FRIENDS.
3. El programa de tratamiento Coping Bear.
4. El programa de intervención de Herbert. ✓

Coping Cat, FRIENDS y el oso valiente son programas para la ansiedad infantil; el de Herbert no figura entre ellos

Vallejo Infantil recoge los programas cognitivo-conductuales más utilizados en la **ansiedad por separación** y el **TAG** infantil. El más usado es el **Coping Cat** de Kendall (el gato valiente), para niños de 7 a 13 años. Entre sus adaptaciones están **el oso valiente** (Coping bear), adaptado a Canadá por Mendlowitz et al. (1999), y el koala valiente australiano. El programa **FRIENDS**, de Barrett et al., se elaboró a partir del Coping Koala y está diseñado para la fobia social, la fobia específica, la ansiedad por separación y el TAG. El programa de intervención de Herbert no aparece entre los programas para la ansiedad infantil.

1. El Coping Cat es el programa más utilizado en la ansiedad por separación y el TAG.
2. FRIENDS está diseñado, entre otros, para el TAG.
3. El oso valiente es la adaptación canadiense del Coping Cat.
4. El de Herbert no figura entre los programas para la ansiedad infantil.

Ojo. El corpus no describe el programa de Herbert. En la 3.ª edición de Vallejo Infantil (Comeche y Vallejo, 2016) Herbert (2002), «Padres e hijos: problemas cotidianos en la infancia», aparece solo como lectura recomendada del cap. 11, sobre los problemas cotidianos del comportamiento infantil (pág. 488), y en la 4.ª se le cita como coautor de Webster-Stratton en el entrenamiento a padres (pág. 610). El comentario de partida lo sitúa, en efecto, en los problemas cotidianos del comportamiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, págs. 137-138. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 11 (Díaz-Sibaja y Díaz García), pág. 488.

EN EL ATLAS

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

81

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Los delirios en los niños:

1. Son más frecuentes que en los adultos.
2. Tiendes a ser muy sistematizados.
3. Son, habitualmente, de tipo persecutorio, grandeza o hipocondría. ✓
4. No se dan delirios en los niños sólo ideas sobrevaloradas.

En los niños con esquizofrenia los delirios más frecuentes son persecutorios, somáticos y de grandeza

Wicks-Nelson e Israel recogen los tipos de **ideas delirantes** de una muestra de niños con esquizofrenia (Russell et al., 1989). Los más frecuentes fueron los **persecutorios** y los **somáticos** (20 % cada uno), seguidos de los extravagantes (17 %), los de referencia (14 %) y los **de grandeza** (11 %); los somáticos son los que la opción llama de hipocondría. Los mismos autores explican que, cuando aparecen por primera vez, las ideas delirantes son **bastante simples** y luego se vuelven más elaboradas y sistematizadas. El DSM-5 coincide en que en los niños los delirios pueden ser **menos elaborados** que en los adultos.

1. La prevalencia de la esquizofrenia es extremadamente baja antes de los 5 o 6 años y aumenta rápidamente en la adolescencia, y el DSM-5 llama raro al inicio antes de la adolescencia.
2. Al principio son bastante simples («un monstruo quiere matarme») y solo con el desarrollo se vuelven más elaboradas y sistematizadas.
3. Persecutorios, somáticos y de grandeza figuran entre los más frecuentes en la muestra de Russell et al.
4. Los niños con esquizofrenia sí presentan ideas delirantes, con una tendencia evolutiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente (3.ª ed.). Pearson Prentice Hall. Cap. 12, págs. 323-326. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Esquizofrenia, pág. 102.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 210, PIR 2025 · n.º 182

82 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 2

Según el DSM 5, señale a partir de qué características pueden diferenciarse, en niños pequeños, el Trastorno de apego reactivo del Trastorno del espectro autista:

1 Analizar los síntomas nucleares que presenta ya que no hay semejanzas entre un trastorno y otro.

2 La historia de cuidados previos al desarrollo del trastorno, así como observar la presencia de comportamientos repetitivos e intereses restringidos. ✓

3 La manifestación de expresiones inhibidas de las emociones positivas.

4 La presencia de retraso cognitivo del lenguaje y de alteraciones de la reciprocidad social.

La historia de abandono y los intereses restringidos separan el apego reactivo del autismo

En niños pequeños, el **trastorno de apego reactivo** y el **trastorno del espectro autista** comparten rasgos: expresión inhibida de las emociones positivas, retrasos cognitivos y del lenguaje y alteraciones de la reciprocidad social. El DSM-5 los distingue por las diferentes **historias de abandono** y por la presencia, en el autismo, de **intereses restringidos** o comportamientos ritualizados, de un déficit específico en la comunicación social y de comportamientos de apego selectivos. Los niños con apego reactivo han sufrido un abandono social grave, algo poco común en los niños con autismo.

1 El manual subraya que hay semejanzas, y por eso pide hacer el diagnóstico diferencial.

2 Son dos de los rasgos que, según el DSM-5, permiten distinguirlos.

3 La expresión inhibida de las emociones positivas aparece en los dos trastornos.

4 Los retrasos cognitivos y del lenguaje y las alteraciones de la reciprocidad social también son comunes a ambos.

Trampa. Las opciones 3 y 4 copian las semejanzas que el manual enumera justo antes de las diferencias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de apego reactivo, págs. 267-268.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 27, PIR 2023 · n.º 171

83 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes elementos no está presente en el programa para el tratamiento de las adicciones comportamentales de Echeburúa (Echeburúa y cols., 2005 y Echeburúa, 2009):

1 Análisis de los estímulos asociados a la adicción.

2 Control de estímulos asociados a la adicción.

3 Atención plena a los estímulos asociados a la adicción. ✓

4 Exposición a estímulos asociados a la adicción.

El programa de Echeburúa para las adicciones conductuales no incluye la atención plena

Caballo, Salazar y Carrobles presentan el programa de **Echeburúa et al. (2005) y Echeburúa (2009)** como el más detallado para las **adicciones conductuales** en general. Como finalidad última propone el **reaprendizaje del control de la conducta**, en lugar de la abstinencia total, porque se trata de conductas necesarias en la vida cotidiana. Consta de seis elementos: **motivación para el cambio**, **análisis de los estímulos** asociados con la adicción, **control de estímulos**, exposición a estímulos, aprendizaje de estrategias de solución de problemas específicos y prevención de recaídas. La atención plena no figura entre ellos.

1 El análisis de los estímulos asociados es el segundo elemento del programa.

2 El control de estímulos es el tercero.

3 La atención plena no está entre los seis elementos.

4 La exposición a estímulos es el cuarto.

Ojo. La Base del tema C8 (Fonseca Adultos, cap. 18) no recoge este programa; está en Caballo (2024, cap. 20), igual que en la edición de 2014 que cita el comentario de partida.

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, pág. 648.

EN EL ATLAS: Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Caballo no es fuente de este tema.

84

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

¿En la infancia, las parasomnias se consideran?:

1 Trastornos secundarios del sueño, e incluyen narcolepsia, terrores nocturnos y sonambulismo.

2 Trastornos primarios del sueño, e incluyen pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo. ✓

3 Trastornos del sueño y de la motricidad, e incluyen síndrome de piernas inquietas y sonambulismo.

4 Un tipo de insomnio que incluye la apnea obstructiva y las pesadillas.

En el DSM-IV las parasomnias eran trastornos primarios del sueño

El DSM-IV dividía los trastornos del sueño en cuatro apartados según su posible etiología. Los **trastornos primarios del sueño** son los que no se deben a otra enfermedad mental, a una enfermedad médica ni a una sustancia, y se subdividen en **disomnias**, alteraciones de la cantidad, la calidad y el horario del sueño, y **parasomnias**, acontecimientos o conductas anormales asociados al sueño. Este último apartado incluía las **pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo** y la parasomnia no especificada.

1 La narcolepsia es una disomnia, no una parasomnia, y el DSM-IV no hablaba de trastornos secundarios del sueño.

2 Es la clasificación del DSM-IV.

3 El síndrome de piernas inquietas aparecía en el DSM-IV como ejemplo de disomnia no especificada, y no existía un grupo de trastornos del sueño y de la motricidad.

4 La apnea obstructiva era una disomnia (trastorno del sueño relacionado con la respiración), y las pesadillas, una parasomnia; ninguna de las dos es un tipo de insomnio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, págs. 565-566, 594 y 595.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 154, PIR 2019 · n.º 112

85 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 2

Una niña de 9 años se caracteriza por presentar fuertes y muy frecuentes agresiones verbales y arrebatos agresivos físicos esporádicos (pero más de 2 al mes), que producen destrucción de propiedades, daño a personas y animales, que no son premeditados, y suelen durar unos 20 o 30 minutos, echándole la culpa siempre a lo que ocurre a su alrededor, no existiendo un periodo previo prodrómico. ¿Cuál de los siguientes trastornos podría presentar?:

1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y se podría diagnosticar también trastorno de conducta.
2. Trastorno explosivo intermitente. ✓
3. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, siempre que se acompañe de periodos estables de bienestar y euforia.
4. Trastorno bipolar de inicio en la infancia.

Arrebatos agresivos impulsivos, breves y desproporcionados en una niña de 9 años son un trastorno explosivo intermitente

El caso reúne los criterios del **trastorno explosivo intermitente**. Hay agresiones verbales frecuentes y arrebatos físicos con daños a propiedades, personas y animales, más de tres en un año (criterio A2). Los arrebatos **no son premeditados** (criterio C) y la niña tiene más de **6 años** (criterio E). El DSM-5 describe además que empiezan de forma rápida, con escaso o nulo **período prodrómico**, y suelen durar **menos de 30 minutos**, a menudo ante pequeñas provocaciones.

1. Nada en el caso sugiere desatención o hiperactividad, y la agresión que describen los criterios del trastorno de conducta es proactiva y predadora, no impulsiva.
2. Es el diagnóstico que encaja con los criterios.
3. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo exige un ánimo irritable o enfadado persistente entre los arrebatos, y no períodos de bienestar y euforia.
4. El caso no describe episodios del estado de ánimo, y el DSM-5 no tiene una categoría de trastorno bipolar de inicio en la infancia.

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE: LAS DOS VÍAS DEL CRITERIO A

Criterio	Tipo de arrebato	Frecuencia exigida
A1	Agresión verbal o agresión física que no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni lesiones físicas a los animales ni a otros individuos	En promedio dos veces por semana, durante un período de 3 meses
A2	Arrebatos que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos	Tres arrebatos producidos en los últimos 12 meses

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno explosivo intermitente, criterios, pág. 527

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno explosivo intermitente, págs. 466-469.

EN EL ATLAS: Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

86

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Un niño de 8 años presenta accesos de cólera frecuentes, de tres a cuatro por semana, rompe cosas y se enfada mucho, está irritado en general, y estas características son más frecuentes en casa, aunque típicas también en el colegio. ¿Qué trastorno presenta?:

1. Trastorno depresivo mayor.
2. Trastorno bipolar.
3. Trastorno explosivo intermitente.
4. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. ✓

Accesos de cólera frecuentes con irritabilidad persistente en un niño de 8 años indican desregulación disruptiva

El caso reúne los rasgos del **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**. Hay accesos de cólera graves **tres o más veces por semana**, un ánimo **irritable entre los accesos** y presencia en al menos **dos contextos**, casa y colegio. La edad, 8 años, encaja con el criterio de inicio antes de los 10 y con no hacer el primer diagnóstico antes de los 6. El DSM-5 añade que este trastorno no puede coexistir con el **trastorno explosivo intermitente** ni con el bipolar.

1. En el trastorno de depresión mayor la irritabilidad se limita a los episodios depresivos, y el caso no los describe.
2. Los trastornos bipolares son episódicos, con periodos delimitados de manía o hipomanía; aquí la irritabilidad es persistente.
3. En el trastorno explosivo intermitente no se requiere un estado de ánimo irritable entre los accesos, y el caso lo describe.
4. Es el diagnóstico que mejor encaja con los criterios.

Ojo. El enunciado no dice cuánto tiempo llevan los síntomas, y el criterio E exige 12 meses o más. Aun así, es la única opción compatible con el cuadro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, págs. 156 y 158-160.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 174, PIR 2018 · n.º 212

87 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 2

A partir de qué edad mínima (aproximada) es fiable la recogida de información mediante autoinformes en los niños:

1 5 años.

2 7 años. ✓

3 10 años.

4 12 años.

Los autoinformes infantiles solo ofrecen garantías a partir de los 7 años

Vallejo Infantil, en la evaluación de la depresión, señala que el **autoinforme** es la principal técnica porque sus síntomas centrales son encubiertos. Sin embargo, las técnicas de autoinforme solo se pueden aplicar **con ciertas garantías en niños mayores de 7 años**, ya que únicamente a partir de esa edad el niño tiene una **buena comprensión lectora** y capacidad para **informar de forma fiable** sobre sus estados de ánimo y distinguir entre emociones. Antes de los 7 años la evaluación debe centrarse en la **observación de conductas manifiestas** y en entrevistas o cuestionarios con adultos.

1. A los 5 años el manual solo admite autoinformes con un adecuado apoyo pictórico; el umbral general de garantías está en los 7.
2. A partir de los 7 años el autoinforme ofrece ciertas garantías.
3. Los 10 años son una edad superior al umbral que da el manual.
4. Los 12 años también superan ese umbral.

Ojo. El mismo manual admite autoinformes entre los 3 y los 6 años si cuentan con un adecuado apoyo pictórico (pág. 308), y en el cap. 1 (pág. 50) habla de las limitadas habilidades de los menores de diez años para autoobservarse y autoevaluarse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 308; cap. 1, pág. 50.

EN EL ATLAS: Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Vallejo Infantil no es fuente de este tema.

88 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

Respecto a las técnicas de registro de la conducta de un sujeto al que estamos observando, ¿qué características tiene el registro narrativo?:

1 Es la técnica de registro observacional que permite un mayor rigor científico respecto a las demás técnicas.

2 Está dirigido a evaluar las interacciones que se producen entre el ambiente y la conducta, o entre un dividuo y un grupo.

3 Consisten en realizar descripciones de lo observado sin existir una estructuración previa que dirija la recogida de datos. ✓

4 Se basan en técnicas escalares y sirven para clasificar las actividades de un sujeto según dimensiones previamente establecidas.

El registro narrativo describe lo observado sin una estructuración previa

Fernández-Ballesteros ordena los instrumentos de observación en un continuo de estructuración que empieza por los **registros narrativos**. Estos presentan un **formato flexible** para recoger muy diferentes características de las actividades de los sujetos, y su protocolo **no presenta especificidad** más allá de la fecha y las circunstancias generales de la sesión. En ellos **no existe estructuración previa** que dirija la recogida de datos: el observador se limita a tomar nota de lo que va ocurriendo. Se usan a menudo como paso previo a la elaboración de códigos estructurados y en conductas de baja frecuencia registradas por observadores participantes.

1 El manual asocia las garantías de rigor a los códigos de categorías estándar y tipificados, no a los registros narrativos.

2 Evaluar las relaciones entre la conducta y variables ambientales es el objetivo de los mapas de conducta.

3 Describir lo observado sin estructuración previa es lo propio del registro narrativo.

4 Las escalas de apreciación se basan en técnicas escalares para clasificar las actividades según dimensiones previamente establecidas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 201-202, 206 y 208.

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

89 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

Cuando estamos evaluando la conducta de un sujeto a través de la observación, ¿qué se recomienda para reducir el sesgo de reactividad?:

1. Maximizar la interacción entre sujeto y observador para que el sujeto se sienta más cómodo cuando es observado.
2. Utilizar un amplio periodo de observación para que el sujeto se habitúe a la situación de observación. ✓
3. Utilizar un único observador para que la recogida de datos sea más homogénea.
4. No utilizar dispositivos ocultos o a distancia que podrían disminuir la validez ecológica de la observación.

Para reducir la reactividad se recomienda un periodo de habituación amplio

La **reactividad** es la modificación de la conducta por el hecho de ser observado. Fernández-Ballesteros recoge una serie de **recomendaciones** para minimizarla: utilizar **observadores participantes** siempre que sea posible, utilizar **dispositivos ocultos o a distancia** teniendo en cuenta las cuestiones éticas, **minimizar la interacción observador-sujeto**, pedir a los sujetos que actúen con naturalidad, utilizar un **amplio periodo de habituación** en el que la reactividad se intente disipar y utilizar distintos sistemas de observación y diferentes observadores.

1. Se recomienda lo contrario, minimizar la interacción entre observador y sujeto.
2. Un amplio periodo de habituación figura entre las recomendaciones.
3. Se recomienda utilizar distintos sistemas de observación y diferentes observadores.
4. Los dispositivos ocultos o a distancia se recomiendan, con las cautelas éticas.

Ojo. En la misma página el manual advierte que no existe evidencia de que la habituación elimine los efectos de la reactividad, aunque luego la incluye entre las recomendaciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 221-222.

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

90 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes es una técnica de evaluación proyectiva?:

1 El Diferencial semántico de Osgood.

2 El Test de aptitudes perceptivas.

3 La Técnica de la rejilla.

4 El Test de apercepción temática de Murray. ✓

El TAT de Murray es una técnica proyectiva temática

Moreno Rosset reproduce en la **figura 11.1** la clasificación de las **técnicas proyectivas** (adaptada de Fernández-Ballesteros et al., 2000) en estructurales, temáticas, expresivas, constructivas y asociativas. En las **temáticas**, a partir de la presentación visual de la lámina se ha de narrar una historia completa; la primera de ellas es el **Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray**, que tras el Rorschach es la técnica proyectiva más popular en citas de investigación y uso clínico. El **diferencial semántico** y la **técnica de rejilla** figuran, en cambio, entre las técnicas subjetivas.

1 El diferencial semántico de Osgood es una técnica subjetiva.

2 El test de aptitudes perceptivas no aparece en la clasificación de técnicas proyectivas del manual.

3 La técnica de rejilla es también una técnica subjetiva.

4 El TAT es una técnica proyectiva temática.

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; cap. 4, pág. 152.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

91 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

En las Escalas de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III, WAIS-IV), ¿cuáles de estas escalas forman parte del Índice de memoria de trabajo?:

1 Clave de números y Búsqueda de Símbolos.

2 Vocabulario y Semejanzas.

3 Aritmética y Dígitos. ✓

4 Cubos y Matrices.

Aritmética y Dígitos forman parte del índice de memoria de trabajo del WAIS

La ficha del **WAIS-III** del apéndice de Fernández-Ballesteros organiza los subtests en **cuatro índices** (tabla 1.3.2). La **memoria de trabajo** la integran **Aritmética, Dígitos y Letras y números**. La comprensión verbal agrupa Vocabulario, Semejanzas e Información; la organización perceptiva, Figuras incompletas, Cubos y Matrices, y la velocidad de procesamiento, Claves de números y Búsqueda de símbolos. Moreno Rosset recoge que en el **WAIS-IV** los 15 test se combinan para obtener las escalas de comprensión verbal, razonamiento perceptivo, **memoria de trabajo** y velocidad de procesamiento.

1 Clave de números y Búsqueda de símbolos integran el índice de velocidad de procesamiento.

2 Vocabulario y Semejanzas pertenecen al índice de comprensión verbal.

3 Aritmética y Dígitos integran el índice de memoria de trabajo.

4 Cubos y Matrices pertenecen a la organización perceptiva, el razonamiento perceptivo del WAIS-IV.

TABLA 1.3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS CUATRO ÍNDICES DEL WAIS-III

Subtests	Índices	Subtests que lo integran
Verbales	Comprensión verbal (CV)	Vocabulario, Semejanzas, Información
Verbales	Memoria de trabajo (MT)	Aritmética, Dígitos, Letras y números
Excluido de los índices		Comprensión
Manipulativos	Organización perceptiva (OP)	Figuras incompletas, Cubos, Matrices
Manipulativos	Velocidad de procesamiento (VP)	Claves de números, Búsqueda de símbolos
Excluidos de los índices		Historietas, Rompecabezas

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), Apéndice, sección 1, ficha 1.3 (WAIS-III), tabla 1.3.2, pág. 3

Ojo. La tabla es del WAIS-III; para el WAIS-IV, Moreno Rosset nombra las escalas pero no detalla qué test integra cada una. Ruiz Sánchez de León y Pedrero (2019, pág. 122) confirman en el WAIS-IV que Clave de números y Búsqueda de símbolos forman el índice de velocidad de procesamiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha 1.3 (WAIS-III), tabla 1.3.2, pág. 3. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 438. Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2019). Neuropsicología de las conductas adictivas. Síntesis. Cap. 5, pág. 122.

EN EL ATLAS

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

92 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L19 · Construcción del test y teoría clásica de los tests

Respuesta correcta: 4

Los test psicométricos se pueden clasificar en test de rendimiento máximo y test de rendimiento típico según la demanda que se le hace al sujeto. ¿En qué consiste un test de rendimiento típico?:

1 El sujeto tiene que escoger la única respuesta verdadera entre una serie de alternativas.

2 Se trata de valorar el rendimiento más alto de una persona en un constructo determinado como, por ejemplo, la inteligencia.

3 El objetivo principal es valorar la cantidad de ítems que resuelve la persona en un tiempo limitado.

4 El objetivo es valorar la manera habitual de comportarse de un individuo. ✓

Un test de rendimiento típico recoge el modo habitual de comportarse de la persona

Fernández-Ballesteros recoge la clasificación de **Cronbach** según la demanda de rendimiento que se hace al sujeto. Los **tests de rendimiento máximo** quieren recoger los niveles más altos de rendimiento, exigen rendir al máximo (inteligencia, aptitudes) y tienen una **única respuesta verdadera**; dentro de ellos se distinguen los de potencia y los de velocidad. Los **tests de rendimiento típico** intentan recoger el **modo habitual de comportarse** de un individuo, como los de personalidad, intereses o actitudes, y en ellos no existe una respuesta verdadera, sino opciones con distinto significado psicológico.

1 Tener una única respuesta verdadera es propio de los tests de rendimiento máximo.

2 Valorar el rendimiento más alto, como en la inteligencia, define el rendimiento máximo.

3 Contar los ítems resueltos en un tiempo limitado describe los tests de velocidad, un tipo de test de rendimiento máximo.

4 Recoger la manera habitual de comportarse es lo propio del rendimiento típico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 312-313.

EN EL ATLAS: Tema L19 · Construcción del test y teoría clásica de los tests. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

93 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad par niños (MSCA):

1 Evalúan las aptitudes del niño a través de dos escalas principales: la de procesamiento secuencial y la de procesamiento simultáneo.

2 Son adecuadas para evaluar a niños muy pequeños y con dificultades de aprendizaje. ✓

3 Se utilizan para valorar la inteligencia desde la perspectiva de la evaluación dinámica, es decir, evalúan el potencial de aprendizaje del niño.

4 Son útiles para valorar la motricidad y las aptitudes de niños con inteligencia dentro de la media, ya que son poco sensibles para evaluar a niños con retraso intelectual.

Las McCarthy evalúan desde edades tempranas el desarrollo de niños con y sin retraso

La ficha de las **Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad** (MSCA) del apéndice de Fernández-Ballesteros señala que pretenden satisfacer la necesidad de un instrumento unitario de evaluación del **desarrollo intelectual general y aptitudinal de niños con y sin retraso**, desde una perspectiva clínica y educativa, en **edades lo más tempranas posible**. Se aplican **entre los dos años y medio y los ocho años y medio** y constan de 18 tests agrupados en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad. Su material es sencillo y lúdico.

1 El procesamiento simultáneo y el secuencial son subescalas del K-ABC de Kaufman, no de las McCarthy.

2 Se pensaron para niños muy pequeños y con dificultades, porque evalúan a niños con y sin retraso desde edades tempranas.

3 La evaluación del potencial de aprendizaje corresponde a pruebas de evaluación dinámica como la EPA-2.

4 Precisamente se diseñaron para evaluar a niños con y sin retraso.

Ojo. La ficha habla de niños «con y sin retraso»; la expresión «dificultades de aprendizaje» de la opción 2 no aparece en ella.

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. 1-3; cap. 9, cuadro 9.2, pág. 314.

EN EL ATLAS

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

94 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

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

1. Minnesota multiphasic personality inventory, (MMPI).
2. Sixteen personality factor questionnaire, (16PF). ✓
3. Gordon personal profile (GPP).
4. Tennessee Self Concept Scale (TSCS).

El 16PF de Cattell es el test representativo de la estrategia analítico-factorial

Fernández-Ballesteros clasifica los tests de personalidad según su **estrategia de construcción**. Como test **teórico** destaca el **MCMI** de Millon; como test **empírico**, el **MMPI** de Hathaway y McKinley, elaborado comparando las respuestas de pacientes y no pacientes, y como tests **analítico-factoriales**, los de Cattell, en concreto el 16PF y sus adaptaciones a otras edades, junto con los surgidos de los cinco grandes, como el BFQ. La primera edición del 16PF (1949) se basó en las investigaciones factoriales de Cattell y daba puntuaciones en 16 rasgos de personalidad.

1. El MMPI es el ejemplo de test construido según una estrategia empírica.
2. El 16PF es el test analítico-factorial que el manual destaca, con sus adaptaciones a otras edades.
3. El PPG-IPG de Gordon figura en el cuadro de tests de personalidad con ocho rasgos básicos, pero no es el que inspira a los demás.
4. La escala de autoconcepto de Tennessee evalúa el autoconcepto y el manual no la cita entre los tests de personalidad factoriales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 324-326, y cuadro 9.7.

EN EL ATLAS: Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

95 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

¿Qué instrumento para la medida de la inteligencia se diseñó para evaluar el factor "g" tal y como fue definido por Spearman?:

1 Escalas de inteligencia de Weschler.

2 Escala de inteligencia de Stanford-Binet.

3 Escalas de capacidad diferencial.

4 Test de matrices progresivas de Raven. ✓

Las Matrices Progresivas de Raven se crearon para medir el factor g

Moreno Rosset destaca la aportación de **Raven**, que en la década de los 40 creó el **Test de Matrices Progresivas**, que mide una **aptitud general intelectual o factor g**. En la misma época se crearon tests que medían **múltiples aptitudes**, como el **DAT** de Bennet, Seashore y Wesman o el PMA de Thurstone. Fernández-Ballesteros añade que **Spearman** consideraba los tests de razonamiento abstracto la mejor medida del factor g, ligado a tareas no verbales de razonamiento inductivo.

1 Las escalas de Wechsler combinan una medida de inteligencia general con dos factores y un perfil de habilidades específicas.

2 La escala de Binet es un test ómnibus de tareas variadas que medía la inteligencia como edad mental.

3 Las escalas de capacidad diferencial (DAT) miden múltiples aptitudes, desde un enfoque multifactorial.

4 Las Matrices Progresivas miden una aptitud general intelectual o factor g.

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. 428. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 313, 316 y 318.

EN EL ATLAS

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

96 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 1

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

1 Estructurada. ✓

2 Semiestructurada.

3 Motivacional.

4 Abierta.

La DIS es una entrevista estructurada que puede aplicar personal no clínico

Fernández-Ballesteros explica que la clarificación de los criterios diagnósticos del **DSM-III** permitió diseñar una **entrevista estructurada**, la **Diagnostic Interview Schedule** (DIS), con una utilidad epidemiológica sin precedentes, de la que derivaron versiones clínicas como la SCID. En el apéndice de entrevistas clínicas estructuradas, la **NIMH-DIS** (Robins et al., 1995) figura entre las entrevistas diagnósticas estructuradas extensas y se describe como **muy estructurada**, con el objetivo de que pueda ser empleada también por **personal auxiliar**.

1. La DIS es una entrevista estructurada.
2. Es muy estructurada, no semiestructurada; el apéndice da como semiestructurada la CIDI, porque requiere juicios clínicos.
3. La entrevista motivacional es un estilo para facilitar el cambio, no un formato diagnóstico.
4. Una entrevista abierta no tiene un formato fijo de preguntas, al contrario que la DIS.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 5, pág. 177; Apéndice, sección 7.2, págs. 3-4.

EN EL ATLAS

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

97 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 4

¿Qué tipo de técnica proyectiva es el test "Dibujo de la figura humana"?:

1 Estructural.

2 Temática.

3 Constructiva.

4 Expresiva. ✓

El dibujo de la figura humana es una técnica proyectiva expresiva

En la clasificación de las **técnicas proyectivas** de la **figura 11.1** de Moreno Rosset, en las **técnicas expresivas** se da a la persona la consigna verbal o escrita de que tiene que **realizar un dibujo**. Se denominan técnicas expresivas o **test gráficos** a los que utilizan el dibujo como medio de expresión. Entre ellas figura el **Test del dibujo de la Figura Humana de Machover**, junto con el T2F, el HTP, el test del árbol, el de la familia o el de los garabatos.

1. Las estructurales piden dar significado a estímulos visuales poco estructurados, como el Rorschach.
2. Las temáticas piden narrar una historia a partir de una lámina, como el TAT.
3. Las constructivas piden organizar un material dado, como el test del pueblo.
4. El dibujo de la figura humana de Machover es una técnica expresiva.

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

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

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 11, figura 11.1, pág. 383

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383, y pág. 398.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

98 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

Cuando el comportamiento a observar es no discreto y por tanto resulta difícil determinar cuándo empieza y cuándo acaba, el método de medición más útil es el método de intervalos, por ejemplo, el muestreo de intervalo completo o total. En este muestreo:

1 Se requiere que la conducta aparezca al menos una vez a lo largo del intervalo.

2 Se registra la conducta que ocurre en el momento en el que termina el intervalo.

3 La conducta no se registra si no se produce durante la totalidad del intervalo de observación establecido. ✓

4 Se registra la frecuencia de las conductas que aparecen durante el intervalo.

En el muestreo de intervalo total la conducta solo se registra si ocupa todo el intervalo

Fernández-Ballesteros recoge las tres estrategias de **muestreo de intervalos** de Powell, Martindale y Kulp (1975). Muestrear un **intervalo total** implica que la conducta **no se registra si no se produce en el total del intervalo** fijado. En el **intervalo parcial** se anota toda conducta que ocurre en una fracción del intervalo. Con **muestras momentáneas** solo se registran las conductas que aparecen en un momento predeterminado del intervalo, al comienzo o al final. El manual añade que con intervalo total un tiempo de 5 segundos puede considerarse adecuado.

1 Que baste con que la conducta aparezca en algún momento corresponde al intervalo parcial.

2 Registrar lo que ocurre en un momento predeterminado, como el final del intervalo, son las muestras momentáneas.

3 Si la conducta no ocupa todo el intervalo, no se registra.

4 Registrar la frecuencia de las conductas del intervalo no define el intervalo total, que exige la conducta durante todo él.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 214-215.

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

99 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

Respecto a la evaluación de la inteligencia infantil, ¿qué prueba permite medir la inteligencia general según dos subescalas: verbal y no verbal?:

1 El K-Bit de Kaufman. ✓

2 Las Escalas McCarthy (MSCA).

3 El TONI-2.

4 El K-ABC de Kaufman.

El K-BIT mide la inteligencia general con dos subescalas, verbal y no verbal

Fernández-Ballesteros recoge en el **cuadro 9.2** los principales tests individuales de inteligencia general adaptados y baremados para la población española. El **K-BIT**, Test Breve de Inteligencia de Kaufman (4-90 años), evalúa la **inteligencia general según dos subescalas: verbal y no verbal**. La escala **McCarthy** usa seis subescalas, el **K-ABC** tres (procesamiento simultáneo, procesamiento sucesivo y conocimientos) y el **TONI-2** mide la inteligencia general no verbal y el razonamiento abstracto.

1 El K-BIT evalúa la inteligencia general con una subescala verbal y otra no verbal.

2 La MSCA mide la inteligencia general con seis subescalas: perceptivo-manipulativa, numérica, memoria, motricidad, general y verbal.

3 El TONI-2 mide la inteligencia general no verbal y el razonamiento abstracto.

4 El K-ABC usa tres subescalas: procesamiento simultáneo, procesamiento sucesivo y conocimientos.

CUADRO 9.2. PRINCIPALES TESTS INDIVIDUALES DE INTELIGENCIA GENERAL ADAPTADOS Y BAREMADOS PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA (LOS AÑOS DE BAREMACIÓN SON LOS QUE APARECEN EN LAS FICHAS DE LA EDITORIAL TEA)

Nombre	Edad aplicación	Objetivo de evaluación	Año baremación española
MSCA: Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad	2 a 8,5 años	Inteligencia general según seis subescalas: perceptivo/manipulativa, numérica, memoria, motricidad, I. general.	2005
WPPSI III: Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolares	2,6-7,3 años	Inteligencia general según dos subescalas: verbal y manipulativa, velocidad de procesamiento y lenguaje y 14 subtests.	2010
K-ABC: Batería de Evaluación para Niños de Kaufman y Kaufman	2,6 a 12,5 años	Inteligencia general según tres subescalas: procesamiento simultáneo, proc. sucesivo y conocimientos.	1997
WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada	6-16,11 años	Inteligencia general, comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y 10 subtests principales y cinco optativos.	2005
K-Bit: Test Breve de Inteligencia de Kaufman	4-90 años	Inteligencia general según dos subescalas: verbal y no verbal.	1997
WAIS- III: Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos	16-94 años	Inteligencia general: según dos subescalas: verbal y manipulativa, y tres índices: comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y velocidad de proceso.	1999
RIAS: Escala de Inteligencia de Reynolds	3-94 años	Inteligencia general, dos índices, verbal y no verbal, y tres índices de memoria. Cuatro subtests.	2009
RIST: Test de Inteligencia Breve de Reynolds	3-94 años	Inteligencia general, dos índices, verbal y no verbal, y tres índices de memoria. Dos subtests.	2009
TONI-2	5 a 85 años	I. general no verbal. Razonamiento abstracto.	2000

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 9, cuadro 9.2, pág. 314

Ojo. En el mismo cuadro, el RIAS y el RIST de Reynolds también dan dos índices, verbal y no verbal; no están entre las opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.2, pág. 314.

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

---

100 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 2

Entre las técnicas de entrevista verbal no directivas se encuentra:

1. La proxemia.
2. La paráfrasis. ✓
3. La Kinesia.
4. La sincronía.

La paráfrasis es una respuesta de escucha, una técnica verbal no directiva de la entrevista

Moreno Rosset llama **«técnicas de entrevista verbales no directivas»** a las **respuestas de escucha** con las que el entrevistador muestra escucha activa: la clarificación, la **paráfrasis**, el reflejo y el resumen. La paráfrasis repite, con palabras del terapeuta, el **contenido cognitivo** de lo que el cliente ha dicho. La **proxemia** y la **kinesia** pertenecen, en cambio, a la comunicación no verbal del entrevistador: las conductas kinésicas son gestos, expresiones faciales, contacto ocular y posturas, y las proxémicas se refieren al espacio. La sincronía es el grado de sintonía entre las conductas no verbales del paciente y del psicólogo.

1. La proxemia es una conducta no verbal del entrevistador, relativa al espacio.
2. La paráfrasis es una de las técnicas verbales no directivas.
3. La kinesia agrupa conductas no verbales como gestos, expresiones faciales y posturas.
4. La sincronía es la sintonía entre las conductas no verbales del paciente y del psicólogo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 194-195, 197 y 200.

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

101

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

En general, la evaluación dinámica del potencial de aprendizaje es apropiada para determinar el tratamiento en casos de:

1 Sujetos de bajo nivel cognitivo. ✓

2 Sujetos que presentan rendimiento académico adecuado.

3 Sujetos con dificultades para aprendizajes generales.

4 En aquellos casos en que sea preciso clarificar los procesos automáticos implícitos en los aprendizajes.

La evaluación dinámica del potencial de aprendizaje está indicada en sujetos de bajo nivel cognitivo

Forns y Amador, en el capítulo de evaluación de procesos cognitivos del manual de Moreno Rosset (2005), recogen que la **evaluación dinámica del potencial de aprendizaje** es apropiada para determinar el tratamiento en cuatro casos: **sujetos de bajo nivel cognitivo**; sujetos con **rendimiento académico inadecuado** que no puede justificarse con las medidas cognitivas psicométricas clásicas; sujetos con dificultades para **aprendizajes específicos**, y casos en que sea preciso clarificar los **procesos motivacionales** implícitos en los aprendizajes. En el ámbito clínico se ha aplicado a personas con retraso mental, dificultades de aprendizaje lector, ceguera o dificultades de lenguaje.

1 Los sujetos de bajo nivel cognitivo son la primera indicación.

2 La indicación es el rendimiento académico inadecuado, no el adecuado.

3 Se indica en dificultades para aprendizajes específicos, no generales.

4 Lo que se busca clarificar son los procesos motivacionales, no los automáticos.

Ojo. La Base del tema E10 (Moreno Rosset, 2019, cap. 12, pág. 445) remite la evaluación dinámica al texto de Forns y Amador (2005), disponible en el corpus como escaneo; el folio no se lee en la imagen, así que se cita por apartado.

Trampa. Cada distractor cambia una sola palabra de las indicaciones del manual (adecuado, generales, automáticos).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Forns, M. y Amador, J. A. (2005). Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 2.6. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 445.

EN EL ATLAS

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

102 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

En las Escalas de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III y WAIS-IV), ¿de qué índice forma parte la prueba “Clave de números”?:

1 Memoria de trabajo.

2 Comprensión verbal.

3 Velocidad de procesamiento. ✓

4 Organización perceptiva.

Clave de números pertenece al índice de velocidad de procesamiento

En la organización de los **cuatro índices del WAIS-III** (tabla 1.3.2 del apéndice de Fernández-Ballesteros), la **velocidad de procesamiento** la forman **Claves de números y Búsqueda de símbolos**. Memoria de trabajo agrupa Aritmética, Dígitos y Letras y números; comprensión verbal, Vocabulario, Semejanzas e Información, y organización perceptiva, Figuras incompletas, Cubos y Matrices. Para el **WAIS-IV**, Ruiz Sánchez de León y Pedrero confirman que Clave de números y Búsqueda de símbolos calculan el **índice de velocidad de procesamiento**, con Cancelación como prueba opcional.

1 La memoria de trabajo la forman Aritmética, Dígitos y Letras y números.

2 La comprensión verbal la forman Vocabulario, Semejanzas e Información.

3 Clave de números forma, con Búsqueda de símbolos, la velocidad de procesamiento.

4 La organización perceptiva la forman Figuras incompletas, Cubos y Matrices.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha 1.3 (WAIS-III), tabla 1.3.2, pág. 3. Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2019). Neuropsicología de las conductas adictivas. Síntesis. Cap. 5, pág. 122.

EN EL ATLAS

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

103

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

¿Qué tipo de técnica proyectiva es el Test del Árbol de Koch?:

1 Asociativa.

2 Catártica.

3 Expresiva. ✓

4 Estructural.

El test del árbol de Koch es una técnica proyectiva expresiva

En la clasificación de las técnicas proyectivas de Moreno Rosset (**figura 11.1**), el **Test del árbol** figura entre las **técnicas expresivas**, en las que se da a la persona la consigna de **realizar un dibujo**. El manual lo describe como creado por **Koch en 1957** y publicado en español en 1962; el árbol dibujado refleja cómo el individuo se relaciona con su ambiente. Las otras categorías de la clasificación son estructurales, temáticas, constructivas y asociativas.

1. Las asociativas piden respuestas que se asocien con el estímulo, como la asociación de palabras de Jung o las frases incompletas.
2. La categoría «catártica» no existe en la clasificación del manual.
3. El test del árbol es una técnica expresiva, porque se pide un dibujo.
4. Las estructurales piden dar significado a estímulos visuales poco estructurados, como el Rorschach.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383, y pág. 410.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

104

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista | Revisar

Respuesta correcta: 1

Atendiendo a la "finalidad" de la entrevista, y en relación a la entrevista consultiva:

1. Suele tener un objetivo focal, con una finalidad muy concreta, en la que el entrevistado no va a proseguir con un trabajo clínico posterior. ✓
2. Tiene un objetivo no terapéutico y de consejo.
3. Está orientada a establecer un diagnóstico en un paciente.
4. Tiene por finalidad operar un cambio en una dirección acordada por ambos, entrevistador y entrevistado.

La entrevista consultiva responde a una pregunta concreta, con un objetivo focal y sin trabajo clínico posterior

Según el comentario de partida, que sigue la clasificación de la entrevista por su **finalidad** del manual de Moreno Rosset (2005), la **entrevista consultiva** tiene como objetivo prioritario dar respuesta a una pregunta sobre un tema específico; suele tener un **objetivo focal** y el entrevistado no va a proseguir con un trabajo clínico posterior. La **diagnóstica** se orienta a establecer un diagnóstico, y la **terapéutica y de consejo** busca operar un cambio en una dirección acordada por ambos. La clasificación no aparece en la edición de 2019 ni en otra obra del corpus.

1. Un objetivo focal sin trabajo clínico posterior define la entrevista consultiva.
2. Lo terapéutico y lo «de consejo» van juntos en la entrevista terapéutica y de consejo.
3. Establecer un diagnóstico es la finalidad de la entrevista diagnóstica.
4. Operar un cambio acordado corresponde a la entrevista terapéutica.

Ojo. La clasificación por finalidad (diagnóstica, consultiva, de orientación vocacional, terapéutica y de consejo, de investigación) procede de Moreno Rosset (2005, págs. 195-198), que no está en el corpus. La edición de 2019, Base del tema E4, solo dice que la entrevista puede ser el principio de una relación diagnóstica, de orientación, de selección o terapéutica (cap. 5, pág. 187).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. (ed.) (2005). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Págs. 195-198 (no está en el corpus). Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 187.

EN EL ATLAS

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

105 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

¿Qué nivel de muestreo intrasesional estamos utilizando si en una sesión de clase se muestrea cada 30 segundos a un alumno para ver si se mantiene en la posición correcta?:

1. Continúo de toda la sesión.
2. De eventos.
3. Temporal. ✓
4. Focal.

Observar a un alumno cada 30 segundos es un muestreo temporal por intervalos

Fernández-Ballesteros distingue tres tipos de muestreo: de **tiempo**, de **situaciones** y de **sujetos**. El **muestreo de tiempo** decide durante cuánto tiempo se observa, cuántas sesiones, con qué periodicidad y **con qué intervalos de observación-registro**; dentro de él están las estrategias de intervalo total, parcial y de **muestras momentáneas**, en las que solo se registra la conducta en un momento predeterminado del intervalo. Muestrear cada 30 segundos si el alumno mantiene la postura es, por tanto, un muestreo temporal. Moreno Rosset contrapone el registro continuo de todo el periodo al registro por intervalos y presenta el muestreo focal dentro del muestreo de participantes.

1. El registro continuo recoge las conductas durante todo el periodo, sin intervalos.
2. El muestreo de situaciones o eventos selecciona episodios o situaciones para comprobar la generalidad de la conducta.
3. Observar a intervalos fijos de 30 segundos es muestreo de tiempo.
4. El muestreo focal elige a qué individuo observar y luego pasa a otro; es un muestreo de participantes.

> **Ojo.** La etiqueta «muestreo intrasesional» no aparece en el corpus; procede de Moreno Rosset (2005, pág. 271), que no está en él. Fernández-Ballesteros y Moreno Rosset (2019) describen los mismos procedimientos sin esa división.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 213-216. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 258-259. Moreno Rosset, C. (ed.) (2005). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 271 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

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

106 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 4

Desde los "sistemas de expertos", propiciados por el desarrollo de la Inteligencia artificial, se han creado programas destinados a:

1 Desarrollar baterías neuropsicológicas.

2 La construcción de test adaptativos informatizados.

3 La utilización de la "realidad virtual".

4 Emular el proceso que sigue el clínico en la evaluación para producir conclusiones diagnósticas. ✓

Los sistemas expertos emulan el proceso que sigue el clínico hasta sus conclusiones diagnósticas

Moreno Rosset recoge, entre las aplicaciones de la informatización a la evaluación psicológica, los tests informatizados, los **tests adaptativos informatizados**, los **sistemas expertos**, la evaluación a través de internet y los tests basados en la **realidad virtual**. Los sistemas expertos, propiciados por el desarrollo de la **inteligencia artificial**, son procedimientos que pretenden **emular el proceso que sigue el clínico** en el proceso evaluador, combinando la información para producir las **conclusiones diagnósticas** a las que este llega. Deben realizar tareas complejas con conocimientos específicos y métodos heurísticos, trabajar con incertidumbre y justificar sus operaciones.

1 El manual no presenta los sistemas expertos como una vía para desarrollar baterías neuropsicológicas.

2 Los tests adaptativos informatizados son una aplicación distinta de la informatización.

3 Los tests basados en la realidad virtual son otra aplicación independiente.

4 Emular el proceso evaluador del clínico para producir conclusiones diagnósticas es su definición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 235-236 y 248.

EN EL ATLAS

Tema E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica. Moreno Rosset no es fuente de este tema.

107

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

Cuando se aplica la escala de inteligencia Wechsler (WPPSI-IV) en niños menores de cuatro años se incluye:

1. Test de dibujos. ✓
2. Aritmética.
3. Búsqueda de animales.
4. Test de semejanzas.

Por debajo de los cuatro años el WPPSI-IV incluye el test de Dibujos

Moreno Rosset describe el **WPPSI-IV** (Wechsler, 2014) con dos niveles de aplicación. En el nivel inferior, de **2:6 a 3:11 años**, se aplican los test **Dibujos, Cubos, Reconocimiento, Información, Rompecabezas, Localización y Nombres**. De 4:00 a 7:7 años se añaden Matrices, **Búsqueda de animales**, **Semejanzas**, Conceptos, Cancelación, Vocabulario, Clave de figuras y Comprensión. En el nivel inferior se obtienen el CI total y tres índices principales: comprensión verbal, visoespacial y memoria de trabajo.

1. Dibujos es uno de los test que se aplican de 2:6 a 3:11 años.
2. Aritmética no figura entre los 15 test del WPPSI-IV que enumera el manual.
3. Búsqueda de animales se añade a partir de los 4 años.
4. Semejanzas también se añade a partir de los 4 años.

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. 436-438.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 27

108 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 2

En la evaluación psicofisiológica de la actividad electrodérmica, los parámetros más frecuentes para medir la conductancia de la piel son la amplitud de respuesta y:

1 El periodo de recuperación

2 El tiempo de latencia ✓

3 La resistencia

4 La variabilidad de la respuesta a lo largo de todo el proceso de medida.

La amplitud y el tiempo de latencia son los parámetros más estudiados de la respuesta de conductancia

La **actividad electrodérmica** ofrece medidas tónicas, como el nivel de conductancia y las respuestas inespecíficas, y medidas fásicas, las **respuestas de conductancia** que provocan los estímulos presentados y controlados por el evaluador. Moreno Rosset y Ramírez Uclés señalan que los parámetros más estudiados de estas respuestas son dos. El primero es la **amplitud**, la deflexión máxima de la respuesta en comparación con el nivel de conductancia inmediatamente anterior. El segundo es el **tiempo de latencia**, el período que transcurre desde el inicio de la presentación del estímulo hasta el comienzo de la respuesta. La recuperación y la resistencia aparecen en la misma página, pero con otro papel.

1. El manual dice que en la respuesta de conductancia se produce un aumento y una recuperación posterior, más rápidos que los cambios tónicos, pero no cuenta la recuperación entre los dos parámetros más estudiados.
2. Es el segundo de los dos parámetros que da el manual, el período desde el inicio del estímulo hasta el comienzo de la respuesta.
3. La resistencia es otra forma de registrar la actividad electrodérmica, porque con un registro bipolar se puede medir la resistencia, en kilohmios, o la conductancia, en microsiemens. Es una unidad de registro y no un parámetro de la respuesta.
4. La variabilidad de la respuesta a lo largo de todo el registro no figura entre los dos parámetros que recoge el manual.

Para fijarlo. La amplitud dice cuánto sube la respuesta; la latencia, cuánto tarda en empezar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, pág. 283.

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

109

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

¿Qué factor de riesgo temperamental se relaciona con el trastorno obsesivo compulsivo (DSM-5)?:

1 Extraversión.

2 Reducida emotividad positiva.

3 Comportamiento perturbador.

4 Síntomas de interiorización. ✓

Los síntomas de interiorización en la infancia son un factor de riesgo temperamental del TOC

El DSM-5 recoge tres posibles **factores de riesgo temperamental** del TOC: los **síntomas de interiorización**, la **mayor emotividad negativa** y la **inhibición del comportamiento** en la infancia. Entre los ambientales cita el maltrato físico y sexual en la infancia y otros sucesos estresantes o traumáticos, y entre los genéticos y fisiológicos, la agregación familiar y la disfunción de la corteza orbitofrontal, la cingulada anterior y el cuerpo estriado. Ninguno de los otros tres rasgos de las opciones figura en la lista.

1. La extraversión no aparece entre los factores de riesgo del TOC.
2. El manual habla de mayor emotividad negativa, y no de reducida emotividad positiva.
3. El comportamiento perturbador no figura entre los factores temperamentales; el que se cita es la inhibición del comportamiento.
4. Es el primero de los factores temperamentales del DSM-5.

Trampa. La opción 2 cambia la emotividad negativa por la positiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 239-240.

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

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

110

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Respecto de los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, el DSM-5 establece como duración mínima de los síntomas nucleares (señale la respuesta correcta):

1 Dos semanas.

2 Un mes.

3 Tres meses

4 Seis meses. ✓

El trastorno de ansiedad generalizada exige un mínimo de seis meses

El **criterio A** del **trastorno de ansiedad generalizada** pide ansiedad y preocupación excesivas que se produzcan **más días de los que están ausentes** durante un **mínimo de seis meses**. La misma referencia temporal aparece en el criterio C, que exige que algunos de los síntomas acompañantes hayan estado presentes más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses. Si la ansiedad generalizada no alcanza esa frecuencia, el DSM-5 propone el diagnóstico de **otro trastorno de ansiedad especificado**.

1. El capítulo no fija dos semanas para ningún trastorno.
2. Un mes es la duración mínima del mutismo selectivo y del periodo de preocupación o de cambio de conducta que sigue a un ataque en el trastorno de pánico.
3. Ningún criterio del capítulo usa tres meses.
4. Es la duración del criterio A.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, pág. 222; otro trastorno de ansiedad especificado, pág. 233.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 93, PIR 2018 · n.º 119

111

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

Respecto del Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), cabe afirmar lo siguiente:

1. Los varones presentan una edad más temprana de inicio de los síntomas del trastorno que las mujeres. ✓
2. En general, los estudios muestran que la prevalencia a lo largo de la vida es del 3-4 %.
3. La presencia de TOC no es universal.
4. El TOC suele comenzar en la infancia.

Los varones empiezan antes con el TOC que las mujeres

El DSM-5 dice que los **varones** tienen una **edad más temprana de inicio** de los síntomas que las mujeres: casi el 25 % de ellos empieza antes de los 10 años. En Estados Unidos la **edad media de inicio** es de 19,5 años, el 25 % de los casos comienza a los 14 y el inicio después de los 35 es inusual. La **prevalencia anual** es del 1,2 % en Estados Unidos y del 1,1-1,8 % a nivel internacional. Además, el TOC se diagnostica en todo el mundo, con gran similitud entre culturas en la distribución por sexos, la edad de inicio y la comorbilidad.

1. Es el dato de los apartados de desarrollo y curso y de género.
2. El DSM-5 da una prevalencia anual del 1,1-1,8 %, y el DSM-IV estimaba una prevalencia global del 2,5 %. Ninguno llega al 3-4 %.
3. El TOC se diagnostica en todo el mundo, con una estructura de síntomas similar.
4. La edad media de inicio es de 19,5 años; el comienzo en la infancia es más propio de los varones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 239-240. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 431.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 155, PIR 2017 · n.º 47, PIR 2015 · n.º 190, PIR 2019 · n.º 109

112

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

Señale la afirmación correcta respecto de los terrores nocturnos:

1. Generalmente se producen en el último tercio del periodo principal del sueño
2. Es una parasomnia del sueño REM.
3. Forman parte, junto con el sonambulismo, de una misma categoría diagnóstica (DSM 5). ✓
4. Suele recordarse el contenido de lo soñado en gran medida.

Terrores nocturnos y sonambulismo forman una sola categoría en el DSM-5

El DSM-5 agrupa el sonambulismo y los terrores nocturnos en los **trastornos del despertar del sueño no REM**, con dos tipos que se especifican: con sonambulismo y con terrores nocturnos. Ambos son episodios recurrentes de **despertar incompleto**, que suelen darse en el **primer tercio** del periodo principal de sueño, con recuerdo de los sueños nulo o mínimo y **amnesia** del episodio. El manual añade que muchos sujetos presentan los dos tipos en distintas ocasiones, lo que subraya una fisiopatología común. El DSM-5-TR mantiene la categoría.

1. Se producen en el primer tercio del periodo principal de sueño.
2. Son parasomnias del sueño no REM; las del sueño REM son las pesadillas y el trastorno del comportamiento del sueño REM.
3. Es la categoría del DSM-5, que se mantiene en el DSM-5-TR.
4. El recuerdo de los sueños es nulo o mínimo, y hay amnesia del episodio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, págs. 399-400.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 150, PIR 2023 · n.º 145, PIR 2014 · n.º 157, PIR 2016 · n.º 93, PIR 2019 · n.º 84

113

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

El diagnóstico de la narcolepsia, aunque esencialmente clínico, idealmente debe ser confirmado en laboratorio de sueño a través de:

1. Poligrafía de sueño seguida de tonometría a la mañana siguiente.
2. Poligrafía de sueño seguida del Test de Romberg a la mañana siguiente.
3. Polisomnografía nocturna, seguida a la mañana siguiente del test de latencias múltiples de sueño (TLMS). ✓
4. Polisomnografía nocturna, seguida a la mañana siguiente de capnografía.

La narcolepsia se confirma con polisomnografía nocturna seguida de un test de latencias múltiples

En los marcadores diagnósticos, el DSM-5 indica que **la polisomnografía nocturna seguida de un TLMS** se usa para confirmar la narcolepsia, sobre todo cuando se diagnostica por primera vez y antes del tratamiento, si no se ha documentado la **deficiencia de hipocretina**. El TLMS es positivo con una latencia media de sueño de 8 minutos o menos y **periodos REM al inicio del sueño** en dos o más siestas. El DSM-5-TR conserva el mismo procedimiento.

1. La tonometría no figura entre los marcadores diagnósticos de la narcolepsia.
2. El test de Romberg tampoco aparece entre esos marcadores.
3. Es el procedimiento que describe el DSM-5.
4. La medida del CO2 se asocia a la hipoventilación relacionada con el sueño, cuyo criterio A es una elevación del CO2 en la polisomnografía.

CRITERIO B DE LA NARCOLEPSIA EN EL DSM-5-TR (AL MENOS UNO)

Característica	Qué se exige
B1. Cataplejía	Episodios de cataplejía como mínimo algunas veces al mes: en los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la conciencia que se desencadenan con la risa o las bromas; en los niños o en otros individuos en los 6 meses posteriores al inicio, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente
B2. Deficiencia de hipocretina	Inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo inferior o igual a un tercio del valor en individuos sanos analizados con la misma prueba, o inferior o igual a 110 pg/mL
B3. Polisomnografía nocturna	Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, narcolepsia, criterios diagnósticos, pág. 422

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Narcolepsia, pág. 376. Hipoventilación relacionada con el sueño, pág. 387.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 101, PIR 2016 · n.º 106

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia · Anulada

Anulada

En el marco de los trastornos del sueño, respecto del síndrome de retraso de fase, cabe afirmar que:

1 Los pacientes presentan un sueño de menor calidad.

2 Es el problema de ritmo circadiano menos frecuente.

3 Es más frecuente en población general adulta de edad media que en adolescentes.

4 Existe una forma familiar que representa el 40% de los casos.

Ninguna opción sobre la fase de sueño retrasada se sostiene con el DSM-5 y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. El DSM-5 no da ningún porcentaje para la **forma familiar** del tipo de fases de sueño retrasadas. Dice que no se ha establecido su prevalencia, aunque estos sujetos suelen tener antecedentes familiares. Las otras opciones tampoco encajan: cuando eligen su horario, estas personas tienen una **calidad y duración del sueño normales**, y el trastorno es mucho más frecuente en los **adolescentes** (más del 7 %) que en la población general (0,17 %).

1 Cuando pueden establecer su propio horario, presentan una calidad y una duración del sueño normales para su edad.

2 El DSM-5 no ordena los subtipos por frecuencia y da cifras de poblaciones distintas: 0,17 % en población general para la fase retrasada y alrededor del 1 % en adultos de mediana edad para la avanzada.

3 La prevalencia supera el 7 % en los adolescentes, frente al 0,17 % de la población general.

4 Clave provisional. El DSM-5 reconoce una forma familiar, pero no establece su prevalencia ni da un 40 %.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de fase de sueño retrasada, págs. 391-393.

EN EL ATLAS

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

115

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

En el síndrome de la apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) moderado a grave, con sintomatología (somnolencia/diurna) el tratamiento de elección es:

1. Un fármaco hipnótico.
2. Un fármaco ansiolítico.
3. La presión positiva continua en la vía aérea. ✓
4. El neurofeedback.

La CPAP es el tratamiento de elección del SAHOS moderado o grave

En el **síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño** la respiración se reduce o se interrumpe durante el sueño por la oclusión de la vía aérea superior, y el síntoma principal es la somnolencia intensa durante el día. Vallejo y Vallejo-Slocker sitúan en primer lugar los tratamientos con aparatos como la **CPAP**, un dispositivo que genera una **presión positiva** con una mascarilla en la vía aérea y previene los episodios de apnea. Caballo et al. la llaman el **tratamiento de elección** del SAHOS y precisan que suele utilizarse con un índice superior a 15, es decir, en las apneas **moderadas o graves**. La Guía de tratamientos eficaces la presenta como el soporte principal del tratamiento nocturno.

1. Ninguno de los tres manuales da un hipnótico como tratamiento de elección. Vallejo y Vallejo-Slocker mencionan la intervención farmacológica solo entre «otros» tratamientos posibles, después de la CPAP.
2. Lo mismo vale para los ansiolíticos. Las alternativas a la CPAP que recogen Caballo et al. y la Guía son la pérdida de peso, el abandono del alcohol y del tabaco y los cambios de postura al dormir.
3. La CPAP es una mascarilla unida a un generador que administra un flujo continuo de aire a más presión sobre las vías aéreas superiores, lo que previene la aparición de apneas.
4. En el corpus el neurofeedback aparece entre los tratamientos no farmacológicos del TDAH, no entre los de la apnea del sueño.

Ojo. El enunciado habla de SAHOS (apnea-hipopnea); la Guía de tratamientos eficaces usa SAOS. El umbral de gravedad (índice de apnea-hipopnea superior a 15) solo lo da Caballo et al.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 7, pág. 493. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 22, pág. 716. 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. 12, págs. 262 y 278.

EN EL ATLAS

Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Guía de tratamientos eficaces II (Consulta).

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes fenómenos es menos propio y definitorio del trastorno de identidad disociativo (DSM 5):

1. Experiencias de distanciamiento e irrealidad respecto al entorno. ✓
2. Vacíos recurrentes al recordar eventos cotidianos.
3. Seria discontinuidad en el sentido de identidad.
4. Alteraciones en el afecto, conducta, conciencia y memoria.

La irrealidad respecto al entorno define la desrealización y no forma parte de los criterios del trastorno de identidad disociativo

El criterio A del **trastorno de identidad disociativo** describe una perturbación de la identidad con dos o más estados de personalidad, que implica una **discontinuidad importante del sentido del yo** y del sentido de la entidad, con **alteraciones del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria**, la percepción, el conocimiento o el funcionamiento sensitivo-motor. El criterio B añade **lapsos recurrentes** en la memoria de acontecimientos cotidianos. Las **experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno** son la definición de la **desrealización**, criterio A2 del trastorno de despersonalización/desrealización.

1. Es el criterio A2 del trastorno de despersonalización/desrealización.
2. Es el criterio B, lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos.
3. Es el núcleo del criterio A, una discontinuidad importante del sentido del yo.
4. El criterio A enumera las alteraciones del afecto, el comportamiento, la conciencia y la memoria.

Ojo. La desrealización también puede aparecer en el trastorno de identidad disociativo, porque el DSM-5-TR cita la despersonalización o desrealización entre sus cambios de la percepción (pág. 330). La opción 1 es la menos definitoria porque no forma parte de sus criterios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de identidad disociativo, pág. 292; trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 302.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 93

117

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes síntomas conductuales es más característico de la amnesia disociativa?:

1 Comportamiento mecánico.

2 Analgesia.

3 Autolesiones e intentos de suicidio. ✓

4 Macropsia o micropsia.

Las autolesiones y los intentos de suicidio son característicos de la amnesia disociativa

El DSM-5 señala que las **conductas autodestructivas** de tipo suicida u otras son **comunes** en las personas con **amnesia disociativa**, y que el comportamiento suicida puede ser un riesgo **cuando la amnesia remite de repente** y la memoria oprime al individuo con recuerdos intolerables. Entre las características asociadas incluye los antecedentes de automutilación e intentos de suicidio. Los otros síntomas pertenecen a otros cuadros. La **macropsia o micropsia** es una distorsión visual de la **desrealización**, y la analgesia figura entre las alteraciones sensitivo-motoras de las reacciones disociativas agudas.

1 La sensación robótica, como de un autómata que carece de control del habla o los movimientos, se describe en la despersonalización.

2 La analgesia aparece en el DSM-5 como alteración del funcionamiento sensitivo-motor de las reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes.

3 Es la característica asociada que subraya el DSM-5, con riesgo de suicidio cuando la amnesia remite.

4 Las alteraciones del tamaño de los objetos (macropsia o micropsia) acompañan a la desrealización.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Amnesia disociativa, págs. 299-300; trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 303; otro trastorno disociativo especificado, págs. 306-307.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 71, PIR 2021 · n.º 83

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el principal sesgo cognitivo del jugador patológico?:

1. La ilusión de control. ✓
2. La negación y la mentira.
3. Evaluación sesgada de los resultados.
4. La idea de que cuanto más se juega hay más posibilidades de ganar.

La ilusión de control es el principal sesgo cognitivo del jugador patológico

Caballo et al. describen el juego patológico por sus numerosos sesgos y distorsiones cognitivas. La negación y la minimización del problema resultan paradójicas en muchos jugadores, pero el **principal sesgo cognitivo** de la ludopatía es la **ilusión de control**: la práctica totalidad de quienes pierden el control con el juego cree que ganar o perder depende de su propia habilidad y no del azar. Belloch la sitúa entre los **errores en el control** y la define como pensar que se tiene alguna habilidad o estrategia que permite modificar la probabilidad de un evento y, así, ganar en las apuestas.

1. Es el sesgo que Caballo et al. llaman principal y el primero que Belloch cita entre los errores en el control.
2. La negación, minimización y racionalización del problema figura entre las características cognitivas de la ludopatía, y las mentiras repetidas entre las conductuales, pero el manual reserva el calificativo de principal para la ilusión de control.
3. La evaluación sesgada de los resultados del juego, con atribuciones diferenciales de pérdidas y ganancias, es un sesgo habitual, pero no el principal.
4. Creer que se acabará ganando corresponde a los errores en la predicción de Belloch, la creencia equivocada sobre la probabilidad de acabar ganando a la casa, que es una categoría distinta de los errores en el control.

Trampa. Todas las opciones son rasgos reales del jugador; la pregunta pide el principal, y ese adjetivo solo lo usa el manual para la ilusión de control.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 18, págs. 586-587 y 589. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 527.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los principales efectos de las anfetaminas?:

1. Elevación del estado de ánimo y disminución de la sensación de fatiga y del apetito. ✓
2. Después de los iniciales efectos eufóricos en poco tiempo le sigue un claro síndrome amotivacional junto con supresión del sueño normal durante semanas.
3. El consumo produce un sueño excesivo.
4. Estado de completo bienestar, euforia, sensación de flotar y desaparición de las inhibiciones.

Las anfetaminas elevan el ánimo y reducen la fatiga y el apetito

Belloch describe las **anfetaminas** como potentes **estimulantes del SNC** y resume sus efectos en una frase que coincide con la opción 1: producen una **elevación del estado de ánimo** y una **disminución de la sensación de fatiga y del apetito**. Cuando terminan los efectos estimulantes iniciales aparecen la depresión y la fatiga, y la supresión súbita del consumo provoca signos contrarios a la intoxicación, como agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Los otros efectos de las opciones corresponden a otras sustancias o a la abstinencia.

1. Es la frase con la que el manual resume los efectos de las anfetaminas.
2. El síndrome amotivacional, con pasividad, apatía e indiferencia, se asocia en el manual al consumo prolongado de dosis altas de cannabis.
3. El sueño excesivo es un signo de la supresión súbita del consumo, contrario a la intoxicación, y no un efecto del consumo.
4. Caballo et al. describen esa búsqueda de euforia, asociada a una sensación de flotar y a la desaparición de las inhibiciones, en los efectos iniciales de los inhalantes.

Trampa. La opción 3 toma un síntoma real de las anfetaminas, pero de su abstinencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 499 y 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. 621.

EN EL ATLAS

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

120 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes drogas produce una fuerte dependencia psicológica pero poca dependencia física:

1 La cafeína.

2 El alcohol.

3 La cocaína. ✓

4 La heroína.

La cocaína produce mucha dependencia psicológica y poca dependencia física

Belloch distingue la **dependencia física**, un estado de adaptación que se manifiesta por intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la droga, de la **dependencia psicológica**, un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen administrarla para producir placer o evitar el malestar. De la **cocaína** dice que, a diferencia de la mayoría de las drogas, produce un **elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física**: los síntomas de abstinencia no dejan secuelas fisiológicas, aunque la disforia, la falta de energía y la anhedonia pueden durar de una a diez semanas y facilitan la recaída. Caballo et al. repiten la misma idea.

1 La cafeína es para el manual la sustancia psicoactiva estimulante de mayor consumo en el mundo, pero no es la droga a la que atribuye la combinación de fuerte dependencia psicológica y poca dependencia física.

2 El alcohol tiene una abstinencia con signos físicos: el delirium tremens, con fiebre leve e importante activación autonómica, puede aparecer a los dos o tres días de la abstinencia.

3 Es la frase con la que el manual caracteriza a la cocaína.

4 La heroína produce un alto nivel de dependencia, desarrolla rápidamente tolerancia y tiene un síndrome de abstinencia con síntomas físicos como náuseas, dolores musculares o piloerección.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 489, 496, 498 y 501-502. 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).

121

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

De las drogas existentes, el consumo regular de heroína y morfina se caracteriza porque:

1. Desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia en los consumidores. ✓
2. Los daños en la salud sólo se producen a largo plazo.
3. Producen una fuerte dependencia física pero no psicológica.
4. Producen un característico estado amotivacional en sus consumidores.

La heroína y la morfina desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia

Belloch explica que el **consumo regular de heroína** provoca niveles considerablemente altos de **tolerancia** y que el patrón de dependencia de opiáceos se establece rápidamente, hasta que la búsqueda de la droga se convierte en el centro de la vida. De la heroína y la **morfina** dice que son muy adictivas y que **desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia**. Las demás opciones chocan con lo que el mismo capítulo dice de la sobredosis, del deseo de consumir y del síndrome amotivacional.

1. Es lo que el manual afirma de ambas sustancias.
2. El manual señala la sobredosis por intoxicación intensa, que puede producir la muerte, como un problema de los consumidores de heroína, así que los daños no son solo a largo plazo.
3. Tras el consumo aparecen los síntomas buscados, placer, euforia y reducción de la ansiedad, y después un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos. Ese componente de búsqueda de placer es propio de la dependencia psicológica.
4. El síndrome amotivacional se asocia en el manual al consumo prolongado de dosis altas de cannabis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 489, 499 y 501-502.

EN EL ATLAS

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

122 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

La capacidad que tiene una sustancia de producir dependencia en los que la consumen, recibe el nombre de:

1. Dependencia física.
2. Dependencia psicológica.
3. Aumento de la tolerancia.
4. Potencial adictivo de una droga. ✓

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

Caballo et al., tras definir la dependencia física y la psíquica, añaden otro concepto relevante, el **potencial adictivo de una droga**: la **propensión que tiene una sustancia de producir dependencia** en quienes la usan. Ponen como ejemplo que el **tabaco** tiene un alto poder adictivo, porque el fumador no puede controlar su consumo salvo raras excepciones, mientras que la mayoría de los consumidores de alcohol son bebedores sociales que lo controlan sin problemas. Las otras tres opciones son conceptos distintos que el mismo apartado define por separado.

1. La dependencia física es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción con un antagonista específico.
2. La dependencia psicológica es 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.
3. La tolerancia es la necesidad de incrementar la dosis inicial porque su efecto disminuye con la administración repetida.
4. Es el nombre que el manual da a esa propensión.

Ojo. Belloch 2020, Base del tema, define la dependencia física, la psicológica y la tolerancia, pero el término «potencial adictivo» solo aparece definido en Caballo et al.

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, págs. 489-490.

EN EL ATLAS

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

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál NO sería una característica de buen pronóstico en el Trastorno esquizofreniforme:

1 Aparición de síntomas psicóticos notables dentro de las primeras cuatro semanas.

2 Confusión o perplejidad.

3 Que el episodio se desencadene con un episodio maniaco. ✓

4 Ausencia de afecto aplanado o embotado.

Que el episodio empiece con una manía no figura entre las características de buen pronóstico del esquizofreniforme

El especificador **«con características de buen pronóstico»** del **trastorno esquizofreniforme** requiere **dos o más** de estas cuatro características: aparición de síntomas psicóticos notables en las **primeras 4 semanas** tras el primer cambio apreciable del comportamiento, **confusión o perplejidad**, buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad y **ausencia de afecto embotado o plano**. Un episodio maníaco no está en la lista. Además, si los episodios del estado de ánimo coincidieran con la fase activa durante más que una parte mínima de la enfermedad, el criterio C obligaría a pensar en un trastorno esquizoafectivo o bipolar.

1 Es la primera característica del especificador.

2 La confusión o perplejidad es la segunda.

3 No figura en el especificador.

4 La ausencia de afecto embotado o plano es la cuarta.

Para fijarlo. El buen pronóstico del esquizofreniforme llega deprisa, confunde, encuentra a alguien que funcionaba bien y no le apaga el afecto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno esquizofreniforme, págs. 96-97.

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 135

124 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina al fenómeno por el que a una palabra existente se le da un significado diferente al que en realidad tiene?:

1 Neologismo.

2 Palilalia.

3 Paralogismo. ✓

4 Glosolalia.

El paralogismo da a una palabra existente un significado distinto del que tiene

Vallejo Ruiloba recoge, entre los trastornos del lenguaje característicos de la esquizofrenia, los **paralogismos**: una confusión del concepto que expresa una palabra, de manera que **a una palabra existente se le da un significado diferente** al que en realidad tiene. Añade que suelen asociarse a la presencia de **neologismos**, la creación de palabras sin un significado generalmente aceptado. En la misma lista distingue la glosomanía y la **glosolalia**, un lenguaje personal con vocabulario y sintaxis de invención propia.

1. En Vallejo Ruiloba el neologismo es la creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado, a las que el paciente da una significación concreta.
2. Belloch describe la palilalia como un tic o estereotipia verbal parecida a la ecolalia, en la que el paciente repite palabras o sílabas de su propio discurso.
3. Es la definición de paralogismo de Vallejo Ruiloba.
4. La glosolalia es un lenguaje personal del enfermo, con un vocabulario y una sintaxis de su propia invención pero con un sentido propio.

Ojo. Belloch 2020 (vol. I, cap. 8, pág. 237), Base del tema, no usa el término paralogismo y define el neologismo como inventar palabras «o bien otorga un significado diferente del correcto a una palabra del lenguaje cotidiano». Con esa definición la opción 1 también describiría el enunciado; la clave se sostiene con la distinción de Vallejo Ruiloba.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré, Trastornos del pensamiento y del lenguaje), pág. e-708. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 237.

EN EL ATLAS

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

125 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina al fenómeno que ocurre si un paciente está convencido de que otra persona ha sido transformada físicamente en sí mismo?:

1 Síndrome de intermetamorfosis.

2 Delirio de los dobles.

3 Síndrome de Fregolí.

4 Síndrome de los dobles subjetivos. ✓

Creer que otra persona se ha transformado físicamente en uno mismo es el delirio de los dobles subjetivos

Gil agrupa estos cuadros entre los **delirios de identidad**, en los que el paciente está convencido de un desdoblamiento, una multiplicación o una suplantación. La **reduplicación de uno mismo** es la creencia de que hay otro yo, de que el verdadero yo ha sido suplantado o de que **otras personas se metamorfosean para asumir la apariencia del paciente**, y recibe el nombre de **delirio de los dobles subjetivos**. Es lo que describe el enunciado. En el **síndrome de Frégoli**, en cambio, el perseguidor ocupa el cuerpo de otras personas aunque no se parezcan, y la **intermetamorfosis** es un falso parecido físico entre individuos diferentes.

1 Gil define la ilusión de intermetamorfosis como un falso parecido físico entre individuos diferentes que se encarnan «en cuerpo y alma» en el mismo individuo; el paciente no está implicado.

2 Bulbena y Cardoner llaman «delirio de dobles» al síndrome de Capgras, en el que el paciente cree que otra persona, a menudo el cónyuge, ha sido cambiada por otra de apariencia similar. El paciente no es el doble.

3 En el síndrome de Frégoli el paciente cree que personas extrañas son en realidad conocidos disfrazados, de modo que el otro suplanta a otras personas aunque haya grandes diferencias físicas.

4 Es el nombre que Gil da a la creencia de que otras personas se metamorfosean para asumir la apariencia del paciente.

Ojo. Belloch 2020 describe los síndromes de Capgras y de Frégoli (cap. 7, pág. 217), los cataloga como modalidades de delirio y los incluye entre los contenidos delirantes de la tabla 8.6 (pág. 256), pero no trata los dobles subjetivos ni la intermetamorfosis. La definición está en Gil (2019), que no es fuente de ningún tema del Atlas, y por eso la clave de manual es la de Belloch. El comentario de partida cita a Oyebode (2016), Sims. Síntomas mentales, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gil, R. (2019). Neuropsicología (7.ª ed.). Elsevier. Cap. 21 (Delirios de identidad), págs. 483-485 (edición digital). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 217; cap. 8, tabla 8.6, pág. 256. Bulbena, A. y Cardoner, N. (dirs.) (2025). Vallejo. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (9.ª ed.). Elsevier. Cap. 33 (Cervilla y Bulbena, Trastorno delirante y otras psicosis paranoides), edición digital.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Gil no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta con respecto al trastorno facticio?:

1 No hay comportamiento engañoso-fingimiento si no existe incentivo externo.

2 La producción de los síntomas no es intencionada.

3 Lo habitual es que curse en forma de episodios intermitentes. ✓

4 En el trastorno facticio aplicado a otro, el diagnóstico se aplica tanto al autor como a la víctima.

El trastorno facticio suele cursar en episodios intermitentes

El DSM-5 describe el curso del **trastorno facticio** como habitualmente en forma de **episodios intermitentes**; los episodios únicos y los persistentes sin remisiones son menos frecuentes. El inicio suele darse en la edad adulta temprana, a menudo tras una hospitalización. Los otros tres distractores contradicen los criterios. El engaño es evidente **incluso en ausencia de una recompensa externa obvia** (criterio C), la falsificación es deliberada y, en el trastorno facticio aplicado a otro, el diagnóstico **se aplica al autor, no a la víctima**.

1 Es al contrario: el criterio C exige que el comportamiento engañoso sea evidente incluso sin una recompensa externa obvia.

2 El trastorno facticio se define por la falsificación de síntomas asociada a un engaño identificado, así que la producción es intencionada.

3 Es lo que dice el manual sobre el curso: lo habitual son los episodios intermitentes.

4 La nota de los criterios dice que el diagnóstico se aplica al autor y no a la víctima, a la que se puede diagnosticar de maltrato.

Ojo. El DSM-5-TR añade en los procedimientos de registro que, si el autor de un trastorno facticio aplicado a otro también ha falseado su propia enfermedad, se le pueden diagnosticar los dos, aplicado a uno mismo y aplicado a otro (pág. 368). La víctima sigue sin recibir el diagnóstico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno facticio, págs. 324-326.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 37, PIR 2018 · n.º 91, PIR 2021 · n.º 103, PIR 2022 · n.º 25

127

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta con respecto a la bulimia nerviosa?:

1. Es más prevalente en mujeres jóvenes que la anorexia nerviosa. ✓
2. Los atracones deben ocurrir, al menos, tres veces a la semana, cuatro meses seguidos, para poder diagnosticar el trastorno.
3. A diferencia de lo que ocurre en la anorexia nerviosa, el peso corporal no influye indebidamente en la autoevaluación de la persona.
4. Los atracones suelen ser de alimentos que también consumen, normalmente, entre episodios.

En el DSM-5 la bulimia nerviosa es más prevalente que la anorexia en las mujeres jóvenes

El DSM-5 da una prevalencia a 12 meses de la **bulimia nerviosa** del **1-1,5 %** entre las mujeres jóvenes, y de la **anorexia nerviosa** de aproximadamente el **0,4 %** en el mismo grupo. Con esas cifras, la bulimia es más prevalente. Los demás distractores contradicen los criterios: los atracones y las conductas compensatorias deben darse de promedio **al menos una vez a la semana durante tres meses** (criterio C), y la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso (criterio D).

1. Las cifras del DSM-5 (1-1,5 % frente a 0,4 %) la sostienen.
2. El DSM-5 pide al menos una vez a la semana durante tres meses. El DSM-IV exigía dos veces por semana, también durante tres meses.
3. La influencia indebida del peso y la constitución en la autoevaluación es el criterio D de la bulimia.
4. Durante los atracones se tiende a comer alimentos que en otras circunstancias se evitarían.

Trampa. La opción 2 infla la frecuencia y la duración: tres veces por semana y cuatro meses no aparecen ni en el DSM-IV ni en el DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, prevalencia, pág. 341; bulimia nerviosa, págs. 345-347. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Bulimia nerviosa, criterios, pág. 563.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 26, PIR 2018 · n.º 104, PIR 2025 · n.º 95

128

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Ante la sospecha de presencia de depresión en una persona ¿cuál de los siguientes aspectos relacionados con el diagnóstico habría que abordar antes?:

1. La existencia de una etiología médica u orgánica. ✓
2. La posible comorbilidad con trastornos de ansiedad.
3. La especificación de las distorsiones cognitivas presentes en el caso.
4. La realización del análisis funcional para la explicación del origen y mantenimiento del trastorno.

Ante una sospecha de depresión hay que descartar primero una causa médica

El criterio C del episodio de depresión mayor exige que **no pueda atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica**. El DSM-5 advierte que la evaluación es especialmente difícil cuando el paciente tiene además una afección médica, porque algunos signos coinciden: **pérdida de peso** en la diabetes sin tratar o **fatiga** en el cáncer. Esos síntomas cuentan salvo que se deban clara y totalmente a la afección médica, y en esos casos hay que valorar con especial cuidado los **síntomas no vegetativos**: disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, problemas de concentración e ideas de suicidio.

1. Es el criterio C del trastorno de depresión mayor.
2. La comorbilidad con la ansiedad es frecuente y se recoge con un especificador o un diagnóstico aparte, pero no es lo que el diagnóstico obliga a descartar antes.
3. Las distorsiones cognitivas no forman parte de los criterios diagnósticos del DSM.
4. El análisis funcional sirve para explicar el problema y planificar la intervención, no para establecer el diagnóstico DSM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, págs. 161 y 164.

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

129 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Según la Teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoksema), el elemento fundamental para la consolidación de un trastorno depresivo sería:

1 La vivencia de acontecimientos de pérdida.

2 La limitación en las capacidades de afrontamiento de esas pérdidas.

3 La baja autoestima.

4 Las respuestas rumiativas. ✓

Para Nolen-Hoeksema las respuestas rumiativas consolidan la depresión

La **teoría de los estilos de respuesta** de Nolen-Hoeksema no busca el origen de la depresión, sino lo que explica su curso: la manera en que las personas responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad. Quienes dan **respuestas rumiativas**, conductas y pensamientos que focalizan la atención en los síntomas depresivos y en sus implicaciones, sufren síntomas más largos e intensos que quienes se distraen. Belloch concluye que el **estilo de respuesta rumiativo** es un factor cognitivo de vulnerabilidad que, tras un acontecimiento estresante y los primeros síntomas, hace más probable que estos se agraven **hasta conformar un trastorno depresivo**.

1 Los acontecimientos estresantes son el punto de partida del modelo, pero lo que hace que los síntomas se agraven en lugar de remitir es el estilo rumiativo.

2 El manual dice que la rumiación reduce la generación de soluciones eficaces a los problemas, pero la limitación del afrontamiento es una consecuencia del estilo rumiativo y no el elemento que la teoría propone.

3 La baja autoestima no figura entre los mecanismos con los que la teoría explica el efecto del estilo rumiativo.

4 Es el núcleo de la teoría tal como la resume el manual.

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. 217-218.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

130 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según el DSM-5, ¿cuál de las siguientes es una característica definitoria de los trastornos depresivos melancólicos durante la fase más grave del episodio actual?:

1. Reactividad o aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales.
2. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades. ✓
3. Aparición y remisión de episodios depresivos en determinadas épocas del año.
4. Sensación de nervios o tensión.

La pérdida de placer por casi todas las actividades es el núcleo del especificador melancólico

El criterio A del especificador **con características melancólicas** exige, en la fase más grave del episodio, **pérdida de placer por todas o casi todas las actividades** o **falta de reactividad** a los estímulos generalmente placenteros. El DSM-5 subraya que se trata de una **ausencia casi completa** de la capacidad de placer, no de una simple disminución. Las otras opciones copian el criterio central de otros especificadores del mismo capítulo: atípico, estacional y con ansiedad.

1. La reactividad del estado de ánimo es el criterio A del especificador con características atípicas, justo lo contrario de la melancolía.
2. Es el criterio A1 del especificador melancólico.
3. La aparición y remisión de episodios en momentos característicos del año define el especificador con patrón estacional.
4. Sentirse nervioso o tenso es el primer síntoma del especificador con ansiedad.

Trampa. Atípico y melancólico se oponen en la reactividad del ánimo: el atípico se anima con lo bueno y el melancólico no.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, págs. 184-188.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 117, PIR 2017 · n.º 50, PIR 2021 · n.º 84

131

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

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

Respuesta correcta: 3

Según la hipótesis permisiva de la depresión:

1. El déficit en la neurotransmisión serotoninérgica lleva a la aparición de la depresión.
2. El incremento en la neurotransmisión serotoninérgica lleva a la aparición de la depresión.
3. El déficit en la neurotransmisión serotoninérgica predispone a la aparición de la depresión, presentándose el estado depresivo si hay además un déficit en la neurotransmisión catecolaminérgica. ✓
4. El déficit en la neurotransmisión serotoninérgica predispone a la aparición de la depresión, presentándose el estado depresivo si hay además un incremento en la neurotransmisión catecolaminérgica.

La hipótesis permisiva exige un déficit serotoninérgico y otro catecolaminérgico para que aparezca la depresión

Belloch (2008) relaciona el papel de la **serotonina** en la depresión con la actividad catecolaminérgica a través de la **hipótesis permisiva**. Según ella, un déficit funcional de la neurotransmisión serotoninérgica **predispone** a la aparición de un trastorno afectivo, y el estado depresivo se presenta si la **neurotransmisión catecolaminérgica** también es deficitaria. Si, por el contrario, está aumentada, la manifestación clínica es de tipo **hipertímico o maníaco**. El manual cita como apoyo el fenómeno conmutador, las crisis maníacas de algunos enfermos depresivos tratados con fármacos que elevan la actividad noradrenérgica sin afectar a la serotoninérgica. Caballo et al. recogen la hipótesis en los mismos términos.

1. El déficit serotoninérgico solo predispone; para que se dé el estado depresivo hace falta además un déficit catecolaminérgico.
2. La hipótesis parte de un déficit de la neurotransmisión serotoninérgica y no de un incremento.
3. Es la formulación de la hipótesis en el manual.
4. Con un incremento catecolaminérgico la hipótesis predice una manifestación hipertímica o maníaca.

Trampa. La opción 4 cambia una sola palabra, incremento por déficit, y describe el polo maníaco de la misma hipótesis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 308. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, pág. 391.

EN EL ATLAS

Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

132

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, el trastorno de estrés postraumático se especifica cómo "con expresión retardada" cuando:

1. No va precedido de un trastorno de estrés agudo.
2. El inicio de los primeros síntomas se produce al menos un mes después del acontecimiento traumático.
3. El inicio de los primeros síntomas se produce al menos seis meses después del acontecimiento traumático.
4. La totalidad de criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento traumático. ✓

Con expresión retardada significa que los criterios completos tardan al menos seis meses en cumplirse

El DSM-5 especifica el TEPT **con expresión retardada** si la **totalidad de los criterios** diagnósticos no se cumple hasta al menos **6 meses** después del acontecimiento, aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser **inmediatos**. El texto del manual explica el cambio de nombre: lo que el DSM-IV llamaba «de inicio demorado» (el DSM-5 escribe «inicio retardado») ahora se llama expresión retardada, porque algunos síntomas suelen aparecer de forma inmediata y la demora está en reunir los criterios completos. Por eso fallan las opciones que hablan del inicio de los primeros síntomas.

1. Haber pasado o no por un trastorno de estrés agudo no define el especificador. El manual dice que la reacción a un trauma a menudo cumple primero los criterios de estrés agudo.
2. Más de un mes es la duración que exige cualquier TEPT, y el especificador no se fija en el primer síntoma.
3. Los primeros síntomas pueden ser inmediatos; lo que se retrasa es el cumplimiento de todos los criterios.
4. Es la definición del especificador en el DSM-5.

> **Trampa.** La opción 3 reproduce la idea del DSM-IV («de inicio demorado»), que el DSM-5 cambió.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 272 y 276-277.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 97

133

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Respecto de las imágenes alucinoides, cabe afirmar que:

1. Se producen en ausencia de estímulos concretos que la activen. ✓
2. El individuo les otorga juicio de realidad.
3. Se trata de un concepto sinónimo al de imagen eidética.
4. Son un tipo de imagen mnémica.

Las imágenes alucinoides se producen sin un estímulo concreto que las active

Belloch divide las **pseudopercepciones o imágenes anómalas** en dos grupos. Unas se producen **en ausencia de los estímulos concretos** y apropiados para activarlas, como las hipnagógicas, las hipnopómpicas y las **alucinoides**. Otras se mantienen o se activan aunque el estímulo que las produjo ya no esté presente, como las mnésicas, las parásitas y las consecutivas. De las alucinoides dice que se producen en ausencia de estímulos concretos que las activen, que son subjetivas y autónomas y que aparecen en situaciones que afectan al sistema nervioso central, como la fiebre o las intoxicaciones. El individuo **no les otorga juicio de realidad**.

1. Es la primera característica que el manual da de las imágenes alucinoides.
2. El individuo sabe que son producto de su mente y no les otorga juicio de realidad; en eso se diferencian claramente de las alucinaciones.
3. Las imágenes eidéticas son un tipo especial de imagen mnésica, representaciones exactas de impresiones sensoriales que quedan fijadas en la mente, y pertenecen al otro grupo de pseudopercepciones.
4. Las imágenes mnésicas son imágenes de nuestros recuerdos y forman parte del grupo de las que se mantienen después del estímulo.

> **Trampa.** Las opciones 3 y 4 nombran imágenes anómalas reales, pero del grupo que depende de un estímulo previo.

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. 154-155.

EN EL ATLAS

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

134

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad · Anulada

Anulada

Según el DSM 5 el trastorno límite de personalidad afecta:

1. A un 2% de la población general.
2. A un 5% de individuos que acuden a centros ambulatorios de salud mental.
3. A un 10% de pacientes de pacientes psiquiátricos ingresados.
4. A un 20-30% de la población clínica con trastornos de personalidad.

Las cifras de prevalencia del trastorno límite no casan con el DSM-5 y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. El DSM-5 estima la prevalencia del **trastorno de la personalidad límite** en un **1,6 %**, aunque podría llegar al 5,9 %, y la sitúa en torno al 6 % en atención primaria, el **10 %** en los centros de salud mental y el **20 %** en los pacientes psiquiátricos hospitalizados. El 2 % de la población general y el 30-60 % de las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad eran cifras del **DSM-IV**. Ninguna opción coincide con el DSM-5 que cita el enunciado.

1. Clave provisional. El 2 % era la cifra del DSM-IV; el DSM-5 da un 1,6 %, que podría llegar al 5,9 %.
2. El DSM-5 da alrededor de un 10 % en los centros de salud mental.
3. Los ingresados son alrededor del 20 %; el 10 % corresponde a los centros de salud mental.
4. El DSM-IV daba un 30-60 % en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad; el DSM-5 no recoge esta cifra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad límite, prevalencia, pág. 665. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno límite de la personalidad, prevalencia, pág. 669.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 206, PIR 2018 · n.º 133

135

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

La Teoría del procesamiento de la información aplicada al trastorno de estrés postraumático se centra en la explicación de:

1. La reexperimentación del acontecimiento traumático. ✓
2. Las conductas de evitación de los estímulos que recuerdan al trauma
3. Los problemas afectivos, la pérdida de interés y la apatía.
4. La hiperactivación y la ansiedad extrema.

La teoría del procesamiento de la información explica la reexperimentación del trauma

Belloch recoge tres modelos que explican parcialmente la etiología del **TEPT**. Los **modelos de condicionamiento** dan cuenta de la ansiedad y los miedos de las víctimas y de sus conductas de evitación, y la **teoría de la indefensión aprendida** explica por qué algunas víctimas se muestran paralizadas, pasivas y culpables, y sus síntomas depresivos. Ninguno de los dos explica satisfactoriamente la **reexperimentación persistente** del acontecimiento traumático, que el manual considera el núcleo de síntomas más específico del TEPT. De ella se ocupa la **teoría del procesamiento de la información**, que estudia las estructuras cognitivas del miedo, cuyos elementos erróneos distinguen el miedo patológico del normal.

1. Es el síntoma que, según el manual, los otros modelos no explican y esta teoría sí trata de explicar.
2. La evitación la explican los modelos de condicionamiento: la ansiedad anticipatoria propicia conductas de evitación y la desaparición del temor las refuerza.
3. Los síntomas depresivos los explica la teoría de la indefensión aprendida, cuando la víctima percibe las situaciones aversivas como incontrolables.
4. La ansiedad y los miedos de las víctimas los explican los modelos de condicionamiento, porque los estímulos presentes en el trauma llegan a generar respuestas de ansiedad.

QUÉ EXPLICA CADA MODELO ETIOLÓGICO DEL TEPT

Modelo	Qué explica
Modelos de condicionamiento	la ansiedad y los miedos de las víctimas de un suceso traumático
Teoría de la indefensión aprendida	por qué algunas víctimas se muestran paralizadas, pasivas y culpables tras un suceso traumático
Teoría del procesamiento de la información	la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 4, pág. 119

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 119.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

136

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 3

Señale la afirmación correcta con respecto a las tasas de suicidio en relación con los trastornos del estado de ánimo:

1. Son mayores en depresión mayor que en trastorno bipolar.
2. Son similares en depresión mayor y en trastorno bipolar.
3. Son mayores en trastorno bipolar que en depresión mayor. ✓
4. Los datos provienen de estudios que no permiten afirmar nada al respecto.

Las tasas de suicidio son mayores en el trastorno bipolar que en la depresión mayor

La tabla de Belloch que compara los trastornos depresivos y los bipolares marca el **riesgo de suicidio** como **menor** en los depresivos y **mayor** en los **bipolares**. El DSM-5 lo cuantifica, porque el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con **trastorno bipolar** es **15 veces superior** al de la población general, y el trastorno supone un cuarto de todos los suicidios consumados. La historia previa de intentos y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a mayor riesgo.

1. La tabla de Belloch da un riesgo de suicidio menor en los trastornos depresivos que en los bipolares.
2. La misma tabla marca el riesgo como mayor en los bipolares, así que no son similares.
3. Es lo que recogen la tabla de Belloch y el DSM-5.
4. Los manuales sí dan datos; el DSM-5 cifra el riesgo vital de suicidio en el trastorno bipolar en 15 veces el de la población general.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, Tabla 9.1, pág. 238. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, pág. 131.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 181, PIR 2024 · n.º 136

Respuesta correcta: 1

Según el DSM 5, una persona con un familiar de primer grado con una fobia específica a los animales es significativamente más propensa a tener:

1. La misma fobia específica. ✓
2. Cualquier otra fobia específica.
3. Cualquier otra fobia.
4. Cualquier otro trastorno de ansiedad.

Quien tiene un familiar con fobia a los animales es más propenso a esa misma fobia

En los factores de riesgo genéticos y fisiológicos de la **fobia específica**, el DSM-5 habla de una **susceptibilidad genética a una determinada categoría** de fobia. Pone el ejemplo del enunciado. Una persona con un familiar de primer grado con fobia específica a los animales es significativamente más propensa a tener **la misma fobia específica** que cualquier otra fobia de otra categoría. El mismo apartado señala la tendencia singular al **síncope vasovagal** de las personas con fobia a la sangre-inyección-herida.

1. Es el ejemplo del propio manual.
2. El manual compara la misma fobia con las de otras categorías, y la propensión es mayor para la misma.
3. La susceptibilidad descrita es de una categoría concreta de fobia específica y no de cualquier fobia.
4. Tampoco habla de cualquier trastorno de ansiedad. Lo que el manual comparte con otros trastornos de ansiedad son los factores temperamentales, como el neuroticismo o la inhibición conductual.

Ojo. El DSM-5-TR conserva el ejemplo, con la fórmula «el mismo tipo de fobia específica», y añade la heredabilidad de los subtipos según estudios de gemelos, alrededor del 32 % en la fobia animal, del 33 % en la de sangre, heridas e inyecciones y del 25 % en la situacional (pág. 227).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, pág. 200.

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

138

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la duración mínima necesaria para poder realizar un diagnóstico de mutismo selectivo según el DSM 5?:

1 Un mes. ✓

2 Tres meses.

3 Seis meses.

4 Doce meses.

Para diagnosticar mutismo selectivo basta un mes de duración

El **criterio C** del **mutismo selectivo** exige que la alteración dure **como mínimo un mes**, sin limitarse al **primer mes de escuela**. Es una duración más corta que la habitual en el capítulo, y la introducción del DSM-5 lo justifica. El criterio general de unos 6 meses sirve de guía flexible, y en los niños la duración puede ser más corta, como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo. El manual añade que el trastorno suele empezar **antes de los 5 años**, aunque a menudo no se consulta hasta la escolarización.

1. Es el mínimo del criterio C.
2. Ningún trastorno del capítulo fija tres meses.
3. Seis meses es la duración típica de la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada.
4. Doce meses no aparece en ningún criterio del capítulo.

> **Trampa.** La duración del mutismo selectivo se preguntó en 2018 y 2019, y en 2023 volvió a aparecer como una de las opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Mutismo selectivo, págs. 195-196; introducción del capítulo, pág. 189.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 93, PIR 2023 · n.º 81, PIR 2016 · n.º 193

139

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre el trastorno de ansiedad por separación es FALSA:

1. Se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital (p. ej., la muerte de una mascota familiar).
2. Puede ser hereditario.
3. Los niños manifiestan una mayor reticencia a asistir a la escuela que las niñas. ✓
4. La expresión indirecta del miedo a la separación puede ser más común en los varones.

Según el DSM-5, son las niñas las más reticentes a ir a la escuela en la ansiedad por separación

La pregunta pide la afirmación falsa. En el apartado de aspectos relacionados con el género del **trastorno de ansiedad por separación**, el DSM-5 dice que **las niñas** manifiestan una **mayor reticencia o evitación a asistir a la escuela** que los niños, y que la **expresión indirecta** del miedo a la separación puede ser más común en los **varones**. La opción 3 invierte el primer dato. Las demás son ciertas. El trastorno se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, como la muerte de una mascota, y puede ser **hereditario**, con una heredabilidad estimada del 73 % en gemelos de 6 años.

1. Es cierta; el manual pone ese mismo ejemplo de estrés vital.
2. Es cierta; la heredabilidad estimada es del 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años.
3. Es falsa porque invierte el dato del manual, que atribuye la mayor reticencia a ir a la escuela a las niñas.
4. Es cierta según el DSM-5, que pone como ejemplos la limitación del funcionamiento independiente o la angustia cuando el cónyuge o los hijos hacen cosas de forma independiente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad por separación, pág. 193.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 117, PIR 2021 · n.º 97

140

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

Las falsificaciones del recuerdo que aparecen en un estado de lucidez de conciencia asociadas a una amnesia orgánica y sin que el paciente tenga la intención de mentir se denomina:

1 Pseudologías o seudologías fantásticas.

2 Falsos reconocimientos.

3 Confabulaciones. ✓

4 Paramnesias reduplicativas.

Las confabulaciones son falsificaciones del recuerdo sin intención de mentir en un síndrome amnésico con conciencia lúcida

Belloch incluye la confabulación entre las **paramnesias del recuerdo**, junto a la pseudología fantástica y los recuerdos delirantes. La confabulación y la pseudología comparten la fabricación de recuerdos para rellenar lagunas mnémicas, pero el término **confabulación** se reserva para las falsificaciones que se dan en el **síndrome amnésico** con **estado de conciencia lúcida**. En ellas el paciente puede inventarse recuerdos, **sin intención de mentir**, al intentar dar respuesta a cosas que no recuerda y tener así una continuidad mnémica. Es muy característica del síndrome de Korsakoff y puede producirse también en algunas demencias.

1 La pseudología fantástica se encuentra sobre todo en pacientes con sintomatología conversiva y con trastornos facticios, y alude a narraciones completamente inventadas que los propios pacientes llegan a creerse.

2 El déjà vu y el jamais vu son parapraxias del reconocimiento, fallos en la sensación de familiaridad, y no recuerdos inventados.

3 Es la definición de confabulación del manual.

4 La paramnesia reduplicativa, descrita por Pick, es la creencia en la existencia de lugares duplicados por completo, un fracaso del reconocimiento que el paciente interpreta de forma delirante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 214-217.

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

141

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Un paciente que tiene una vívida sensación de que sus venas se están enrollando sobre sí mismas está experimentando una:

1. Alucinación cenestésica. ✓
2. Parestesia.
3. Alucinación vascular.
4. Alucinación táctil.

Sentir que las venas se enrollan es una alucinación cenestésica

Belloch clasifica las alucinaciones según la modalidad sensorial y dedica un apartado a las **alucinaciones corporales**, somáticas, viscerales o **cenestésicas**. Son las que remiten a sensaciones peculiares que el paciente considera procedentes casi siempre del **interior de su propio cuerpo**, o que afectan a sus órganos internos y externos. El ejemplo del manual es casi el del enunciado: un paciente puede decir que **las venas se le salen, se le enrollan** y se le hacen una burbuja. Suelen estar presentes en la esquizofrenia y dan lugar a explicaciones delirantes de contenido extraño o imposible.

1. Es la categoría y el ejemplo que da el manual.
2. Las parestésicas, sensaciones de hormigueo, son una submodalidad de las alucinaciones táctiles o hápticas, junto a las térmicas y las hídricas.
3. La alucinación vascular no figura en la clasificación de las alucinaciones según la modalidad sensorial de la tabla 6.3.
4. En las alucinaciones táctiles o hápticas el paciente se siente tocado, pellizcado o manoseado. El manual advierte que a menudo son indistinguibles de las corporales, pero el ejemplo de las venas pertenece a estas últimas.

Trampa. La parestesia y la alucinación táctil son modalidades reales y próximas; decide que la sensación se viva dentro del propio cuerpo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.3, pág. 158; págs. 162-163.

EN EL ATLAS

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

142

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denominan las imágenes anómalas que se pueden percibir en los momentos de transición de la vigila al sueño:

1 Imágenes hipnopómpicas.

2 Imágenes mnémicas.

3 Imágenes hipnagógicas. ✓

4 Imágenes parásitas.

Las imágenes hipnagógicas acompañan al adormecimiento

Belloch agrupa las **imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas**, que algunos textos clásicos llaman alucinaciones fisiológicas, porque aparecen en estados de semiconsciencia, entre la vigilia y el sueño. En sentido estricto, el término **imagen hipnagógica** se reserva para los fenómenos que acompañan al **adormecimiento** y se producen en los momentos que preceden al sueño, y el de **imagen hipnopómpica** para las que se experimentan en el breve período que va desde el sueño hasta el **despertar**. Ambas son autónomas y espontáneas, y muy comunes en la población general no clínica.

1 Las hipnopómpicas aparecen en el paso contrario, desde el sueño hasta el despertar.

2 Las imágenes mnésicas son imágenes de nuestros recuerdos que pueden presentarse de un modo transformado, y no dependen del paso de la vigilia al sueño.

3 Es el uso estricto del término que da el manual.

4 Las imágenes parásitas aparecen cuando el individuo no centra su atención en ellas y desaparecen cuando se concentra; suelen darse en estados de cansancio o fatiga.

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. 154-156.

EN EL ATLAS

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

143

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina la utilización o creación de palabras raras cuyo significado sólo conoce el individuo?:

1 Asintaxia.

2 Aproximación de palabras.

3 Neologísmos ✓

4 Alexia.

Los neologismos son palabras inventadas que el oyente no comprende

Belloch describe los **neologismos** entre los trastornos formales del pensamiento: la persona **inventa palabras** o da un significado diferente del correcto a una palabra del lenguaje cotidiano, de modo que el oyente no comprende lo que dice. Los distingue de las **aproximaciones de palabras**, el uso no convencional de palabras o la creación de pseudopalabras **siguiendo las reglas de formación** del idioma, como «jarabemento». Vallejo Ruiloba define el neologismo como la creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado, a las que el paciente da una significación concreta.

1 Belloch cita las asintaxias entre los trastornos estrictamente referidos al habla o al lenguaje, cuyo origen inicial no es una alteración del pensamiento.

2 En la aproximación de palabras las pseudopalabras siguen las reglas de formación del idioma, y eso, según el manual, la distingue de los neologismos.

3 Es la definición de neologismo de los dos manuales.

4 La alexia figura en la clasificación etiológica de Belloch entre los trastornos del lenguaje del sistema nervioso, junto a la afasia y la agrafia.

> **Ojo.** Belloch incluye en el neologismo dar un significado diferente a una palabra corriente, lo que Vallejo Ruiloba llama paralogismo (ver la 124 de esta convocatoria). En esta pregunta no cambia la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 237 y 239; cap. 9, figura 9.2, pág. 283. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré, Trastornos del pensamiento y del lenguaje), pág. e-708.

EN EL ATLAS

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

144 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina la dificultad de la articulación y expresión de palabras producida por lesiones en el sistema nervioso?:

1 Afasia.

2 Dislalia.

3 Disglosia.

4 Disartria. ✓

La disartria es una dificultad de articulación por lesiones del sistema nervioso

Belloch agrupa bajo los trastornos del habla la dislalia, la disartria, la disglosia y la disfemia. La **dislalia** es la dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras por alteraciones orgánicas o funcionales que afectan a los órganos periféricos del habla, y a las dislalias orgánicas se las conoce también como **disglosias**. La **disartria** 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 y periférico. El enunciado reproduce casi a la letra esta última definición.

1 La afasia es la pérdida de la capacidad de producir o de comprender el lenguaje en cualquiera de sus formas, lectura, escritura o habla, por lesiones de los centros cerebrales del lenguaje. Afecta al lenguaje y no solo a la articulación.

2 La dislalia afecta a la articulación, pero por alteraciones de los órganos periféricos del habla y no por lesiones del sistema nervioso.

3 La disglosia es la dislalia de origen orgánico, por alteraciones como el labio leporino o la fisura palatina.

4 Es la definición de disartria del manual.

> **Trampa.** Afasia y disartria se deben a lesiones del sistema nervioso; lo que las separa es que la disartria afecta a la articulación del habla y la afasia al lenguaje.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 284 y 293.

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

145 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

La afirmación “la presentadora de televisión me quiere avisar de que corro un grave peligro y por eso se ha puesto un vestido verde” es un ejemplo de:

1. Temple o humor delirante.
2. Ocurrencia delirante.
3. Percepción delirante. ✓
4. Representación delirante.

Interpretar de forma delirante una percepción normal es una percepción delirante

Belloch distingue cuatro tipos de **delirios primarios**. La **intuición delirante** es indistinguible de cualquier idea que nos venga a la cabeza. La **percepción delirante** consiste en la interpretación delirante y con gran significado personal de una **percepción normal**, habitualmente visual, y es un síntoma de primer rango de la esquizofrenia. La **atmósfera o humor delirante** es la experiencia de que el mundo ha cambiado de un modo sutil, siniestro e inquietante, y el **recuerdo delirante** reconstruye de forma delirante un recuerdo real. En el enunciado la persona percibe bien el vestido verde y le da el significado de un aviso dirigido a ella.

1. En el temple o humor delirante el mundo parece haber cambiado de un modo difícil o imposible de definir, sin un significado concreto. Aquí el significado es preciso y nace de una percepción.
2. Si se entiende como intuición delirante, la idea surge de repente, como cualquier idea que nos asalta, sin partir de una percepción.
3. Hay una percepción normal, el vestido verde, interpretada de forma delirante y autorreferencial.
4. Entre los cuatro delirios primarios de Belloch no hay ninguna «representación delirante», y el que trabaja con el pasado, el recuerdo delirante, reconstruye un recuerdo en lugar de interpretar una percepción actual.

TABLA 8.7. EJEMPLOS DE DELIRIOS PRIMARIOS

Tipo de delirio primario	Ejemplo
Intuición delirante	«Iba por la calle y todo, los colores de los semáforos, las rayas en el suelo, los abrigos de la gente, todo me mandaba mensajes que yo sabía que significaban algo, pero no exactamente qué... hasta que de pronto caí en la cuenta de que las siglas de mi nombre, Emilio Elosúa Albéniz de Darco, significaban «Eres El Asesino de Dios»
Atmósfera o humor delirante	«Todos me miraban, parecía que querían decirme algo, pero nadie decía nada... Podía sentir su miedo en algunas caras, pero en otras no, en otras notaba que no querían verme allí... sentía el miedo en todas partes, no sé cómo explicarlo, y entonces yo también sentí que me estaba llenando el miedo... o algo peor, algo más que miedo, un terror, un terror...»
Percepción delirante	«Iba por la calle y veía los pasos de cebra y entonces caía en la cuenta de que eso significaba que las cebras, esos animales que están solo en los zoológicos o en África, se habían escapado del zoo y estaban ahí, en la calle, pero fundidas y confundidas con las rayas del suelo, solo las veías si te dabas cuenta de que estaban ahí...»
Recuerdos delirantes o retrospectivos	El paciente recuerda que el dolor de cabeza que tuvo dos días antes (real) se debía a que le estaban intentando robar sus pensamientos y cambiarlos por otros de contenido sexual. Otro paciente, de pronto «recuerda» que es el hijo de Dios.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 8, tabla 8.7, pág. 257

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. 256-258 y tabla 8.7.

EN EL ATLAS

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

146

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes alteraciones se considera una distorsión perceptiva?:

1. Dismorfopsia. ✓
2. Imagen hipnagógica.
3. Pseudoalucinación.
4. Imagen autoscópica.

La dismorfopsia es una distorsión perceptiva de la forma

Belloch clasifica las psicopatologías de la percepción y la imaginación en **distorsiones perceptivas** y **engaños perceptivos** (tabla 6.1). Las distorsiones agrupan las anomalías de la intensidad, de la cualidad, del tamaño y la forma, de la integración perceptiva y las ilusiones. Dentro de las del tamaño y la forma, las metamorfopsias, están las **dismegalopsias**, anomalías en la percepción del tamaño, y las **dismorfopsias**, anomalías en la percepción de la **forma**. Los engaños perceptivos reúnen las pseudopercepciones o imágenes anómalas, entre ellas las hipnagógicas, las alucinaciones y las pseudoalucinaciones.

1. Las dismorfopsias forman parte de las metamorfopsias, dentro de las distorsiones perceptivas de la tabla 6.1.
2. La imagen hipnagógica es una pseudopercepción o imagen anómala, el primer grupo de los engaños perceptivos.
3. La pseudoalucinación figura en la tabla 6.1 como el tercer tipo de engaño perceptivo.
4. La autoscopia aparece en la clasificación de las alucinaciones (tabla 6.3) entre las variantes fenomenológicas de la experiencia alucinatoria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 150; pág. 151; tabla 6.3, pág. 158.

EN EL ATLAS

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

147

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

Cuando una experiencia perceptiva se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo inicial que la produjo ya no se encuentra accesible a los órganos sensoriales, es muy probable que se experimente:

1. Una pareidolia.
2. Una alucinación refleja.
3. Una imagen parásita. ✓
4. Una pseudoalucinación visual.

Las imágenes parásitas persisten cuando el estímulo que las produjo ya no está presente

Belloch divide las **pseudopercepciones** en dos grupos. Unas se producen en ausencia de estímulos concretos, como las hipnagógicas, las hipnopómpicas y las alucinoides. Otras **se mantienen y/o se activan a pesar de que el estímulo que las produjo ya no se encuentra activamente presente**: las mnésicas, las **parásitas** y las consecutivas. De las **imágenes parásitas** dice que se producen como consecuencia de un estímulo concreto que ya no se halla presente cuando aparece la imagen, lo que las distingue de las **ilusiones**, y que surgen cuando el individuo no centra su atención en ellas y desaparecen cuando se concentra en la experiencia.

1. La pareidolia es una modalidad de ilusión en la que el individuo da una organización y un significado a un estímulo ambiguo que está presente, como las caras que vemos en las nubes.
2. La alucinación refleja se desencadena por la percepción correcta de un estímulo presente que pertenece a un campo sensorial diferente.
3. Es una de las imágenes que el manual sitúa en el grupo de las que persisten sin el estímulo.
4. La pseudoalucinación figura en la tabla 6.1 como un engaño perceptivo propio, separado de las pseudopercepciones, que son las que el manual divide según la presencia del estímulo.

Ojo. Las imágenes mnésicas y las consecutivas también cumplen la condición del enunciado, pero no están entre las opciones.

Para fijarlo. Hipnagógicas, hipnopómpicas y alucinoides surgen sin estímulo; mnésicas, parásitas y consecutivas, después de él.

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, 153-156 y 164.

EN EL ATLAS

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

148

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se llama la alteración del pensamiento en el que el paciente para de hablar a mitad de la frase y cambia de tema en respuesta a estímulos cercanos (por ejemplo, la corbata del entrevistador)?:

1 Presión del habla.

2 Tangencialidad.

3 Circunstancialidad.

4 Habla distraída. ✓

En el habla distraída el paciente corta la frase y cambia de tema por estímulos inmediatos

Belloch describe el **habla distraída** como un trastorno especialmente frecuente en la **manía** y, en un grado mucho menor, en estados de ansiedad. Se caracteriza porque durante el discurso la persona **se detiene en medio de una frase** o idea y **cambia de tema en respuesta a estímulos inmediatos y nuevos**, por ejemplo, lo que hay sobre la mesa del clínico. Su ejemplo es un paciente que deja a medias lo que contaba para preguntar por una foto y por el suéter del entrevistador, muy cerca de la corbata del enunciado.

1 En la presión del habla aumentan la cantidad y la velocidad del habla espontánea; el paciente deja frases sin completar por el ansia de comunicar una idea nueva y es difícil interrumpirle.

2 La tangencialidad se aplica únicamente al diálogo, a las respuestas tangenciales o irrelevantes a las preguntas, y no a las transiciones en el habla espontánea.

3 En la circunstancialidad el discurso se pierde en detalles innecesarios y tarda mucho en alcanzar la meta, pero llega a ella.

4 Es la definición del manual, con un ejemplo casi idéntico al del enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 235-236.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 143, PIR 2025 · n.º 81

149 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

La flexibilidad cerea, el negativismo o la catalepsia –que pueden estar presentes como síntomas de catatonia según DSM 5- se manifiestan:

1. Cuando el paciente es inducido a realizar ciertas acciones o movimientos. ✓
2. Cuando el paciente decide realizar un movimiento voluntario, ya que estos síntomas están bajo su control voluntario.
3. Cuando el paciente realiza un movimiento involuntario.
4. Cuando el paciente está en reposo.

Catalepsia, flexibilidad cérea y negativismo aparecen cuando alguien induce o pide un movimiento

El DSM-5 define los síntomas de la **catatonía** con una frase cada uno. La **catalepsia** es la **inducción pasiva** de una postura mantenida contra la gravedad; la **flexibilidad cérea**, una resistencia leve y constante al **cambio de postura dirigida por el examinador**, y el **negativismo**, la oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos. Los tres se observan, por tanto, cuando otra persona mueve al paciente o le pide que haga algo. Se distinguen de la adopción de una postura, que es un mantenimiento espontáneo y activo.

1. Es lo que tienen en común las tres definiciones.
2. Los tres se refieren a la respuesta ante la acción o la orden de otro; el manual no los describe como movimientos bajo control voluntario del paciente.
3. Los tres dependen de la manipulación o la instrucción del examinador, y ninguno se define por movimientos involuntarios del propio paciente.
4. En reposo y sin intervención externa lo que puede observarse es el estupor o la adopción espontánea de una postura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Catatonía asociada a otro trastorno mental, pág. 119.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

150 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de estas perturbaciones de la memoria constituye, más propiamente, una paramnesia del recuerdo?:

1 Agnosia.

2 Confabulación. ✓

3 Amnesia reduplicativa.

4 Criptomnesia.

La confabulación es una paramnesia del recuerdo

Belloch ordena las distorsiones de la memoria en **parapraxias**, fallos aparentemente sin importancia, y **paramnesias**, distorsiones de grado patológico por la inclusión de detalles falsos o por una referencia temporal incorrecta, y en cada grupo separa las **del recuerdo** de las **del reconocimiento**. Entre las paramnesias del recuerdo están las pseudomemorias y falsificaciones de la memoria, que son la **confabulación**, la ecmnesia, la pseudología fantástica y los recuerdos delirantes. Las agnosias y la paramnesia reduplicativa son paramnesias del reconocimiento, y la criptomnesia es una parapraxia del reconocimiento.

1 Las agnosias, dificultad o incapacidad para reconocer cosas familiares con los sentidos preservados, son para Belloch paramnesias del reconocimiento.

2 La confabulación es la primera de las pseudomemorias que el manual incluye entre las paramnesias del recuerdo.

3 La reduplicación de lugares, o paramnesia reduplicativa, es una paramnesia del reconocimiento en la que el paciente reconoce el lugar pero no le atribuye la sensación de familiaridad del recuerdo auténtico.

4 En la criptomnesia un recuerdo no se experimenta como tal y la persona cree que es una producción original; es una parapraxia del reconocimiento.

Trampa. Recuerdo y reconocimiento se cruzan con parapraxia y paramnesia; los distractores son de las otras tres casillas.

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. 212-217.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 147, PIR 2024 · n.º 148

151

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

En cuanto a la incidencia del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo en población general:

1. Se da más en mujeres que en hombres.
2. Se da más en hombres que en mujeres. ✓
3. Se ha constatado que es coincidente entre hombres y mujeres.
4. Las debilidades metodológicas de los estudios no permiten conclusiones fiables en este sentido.

En el DSM-5 el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica el doble en varones

El apartado de aspectos diagnósticos relacionados con el género del DSM-5 dice que, en los estudios sistemáticos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, hoy **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**, se diagnostica aproximadamente con el **doble de frecuencia** en el **sexo masculino**. El DSM-IV daba el mismo dato, y ese es el apoyo de la clave en su año. El DSM-5 lo cuenta además entre los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación del 2,1 al 7,9 %.

1. El DSM-5 dice que el diagnóstico es más frecuente en varones.
2. Es el dato del DSM-5.
3. En el DSM-5 la frecuencia no coincide: se duplica en los varones.
4. El DSM-5 da el dato a partir de estudios sistemáticos, sin la reserva metodológica que plantea la opción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, prevalencia y género, pág. 681. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, pág. 688.

EN EL ATLAS

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

152

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes anomalías neuroanatómicas o neurofisiológicas NO es propia de la esquizofrenia:

1. Disminución de surcos corticales. ✓
2. Disminución del volumen del tálamo.
3. Disminución de lóbulos frontales y temporales.
4. Disminución en el metabolismo de la glucosa en lóbulos frontales.

En la esquizofrenia aumentan los surcos corticales

Caballo et al. resumen en la **tabla 14.3** de su 2.ª edición los principales hallazgos neuroanatómicos y neurofisiológicos en la esquizofrenia. Entre las alteraciones macroneuroanatómicas figuran la dilatación ventricular, el **aumento en surcos corticales**, la atrofia cortical, la **disminución del volumen del tálamo** y la disminución cerebral, especialmente en **lóbulos frontales y temporales**. Entre las neurofisiológicas aparecen las **disminuciones en el metabolismo de la glucosa** en lóbulos frontales, ganglios basales o sistema límbico. La opción 1 invierte uno de estos datos, porque los surcos aumentan.

1. La tabla recoge un aumento en surcos corticales. Es la afirmación que no corresponde a la esquizofrenia.
2. La disminución del volumen del tálamo figura entre las alteraciones macroneuroanatómicas, y la 3.ª edición cita también el tálamo entre las áreas de menor volumen.
3. La disminución cerebral, especialmente en lóbulos frontales y temporales, es otra de las alteraciones de la tabla.
4. Las disminuciones en el metabolismo de la glucosa en los lóbulos frontales son una alteración neurofisiológica de la tabla, y Belloch (2008) asocia la menor actividad metabólica frontal con la duración de la enfermedad y con los síntomas negativos.

Ojo. La 3.ª edición de Caballo et al. (2024, cap. 14, pág. 446), vigente en el Atlas, ya no trae la tabla ni menciona los surcos. Habla de menor volumen en la corteza prefrontal dorsolateral, el lóbulo temporal medial, la corteza cingulada anterior, el putamen y el tálamo, y de un aumento progresivo de los ventrículos. La clave se apoya en la 2.ª edición (2014). La Base del tema (Belloch 2020, vol. II, cap. 11) no trata estos hallazgos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, tabla 14.3, 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. 14, pág. 446. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 431 y 433.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Caballo 2014 no es fuente de este tema. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2008 (Ampliación).

153

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Señale la afirmación correcta respecto al trastorno narcisista de la personalidad:

1. Su presencia en población general es menor del 1% (DSM 5). ✓
2. Su presencia en población clínica es del 7 al 15 % (DSM 5).
3. La mayor comorbilidad se da con las parafilias y las disfunciones sexuales.
4. Los factores genéticos parecen explicar el mayor porcentaje de varianza del trastorno.

La cifra de menos del 1 % en población general para el trastorno narcisista procede del DSM-IV

El DSM-IV estimaba la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad narcisista**, entre el **2 y el 16 %** en la población clínica y en **menos del 1 %** en la población general. Caballo atribuye esas cifras al DSM-5, y de ahí la etiqueta de las opciones, pero el DSM-5 da otra horquilla, **del 0 al 6,2 %** en muestras de población general. La clave solo se sostiene con el DSM-IV. Para las otras dos opciones, Caballo señala la mayor comorbilidad con la depresión mayor y la distimia, y da más peso a las **experiencias evolutivas** que a lo genético.

1. Es la cifra del DSM-IV, que Caballo atribuye al DSM-5.
2. La cifra de población clínica del DSM-IV es del 2 al 16 %.
3. La mayor comorbilidad descrita es con la depresión mayor y la distimia (42-50 %), seguida de los trastornos por consumo de sustancias y del trastorno bipolar.
4. Caballo concluye que las experiencias evolutivas, más que las características genéticamente determinadas, son los factores cruciales.

Ojo. Clave discutible ya en su año. La opción 1 lleva la etiqueta «(DSM 5)», y el DSM-5 da un 0-6,2 % en población general. La cifra de menos del 1 % es del DSM-IV y llega a la pregunta a través de Caballo (2014), que la atribuye al DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno narcisista de la personalidad, pág. 676. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, págs. 447-448. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad narcisista, prevalencia, pág. 671.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 207

154

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno de despersonalización cabe afirmar que:

1. La duración de los “episodios” es siempre breve (no persistentes).
2. El curso del “trastorno” es usualmente episódico, no crónico.
3. Entre sus características clínicas figuran las rumiaciones obsesivas y preocupaciones somáticas. ✓
4. En el transcurso del trastorno se alteran las pruebas de realidad.

En el trastorno de despersonalización son frecuentes la preocupación obsesiva y la rumiación

Entre las **características asociadas** del **trastorno de despersonalización/desrealización**, el DSM-5 cita los síntomas somáticos tenues (saturación de la cabeza, hormigueo, sensación de desmayo) y una **preocupación obsesiva** y **rumiación marcada**, por ejemplo sobre si uno existe realmente. Las demás opciones contradicen el texto, porque los episodios pueden ser breves o prolongados (semanas, meses o años), el curso es **a menudo crónico** y las pruebas de realidad se mantienen intactas.

1. La duración de los episodios puede ir de horas o días a semanas, meses o años.
2. El curso es a menudo crónico, con un tercio de episodios separados, otro de síntomas continuos desde el principio y otro de curso episódico que se vuelve continuo.
3. Son características asociadas que describe el DSM-5.
4. El criterio B exige que las pruebas de realidad se mantengan intactas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de despersonalización/desrealización, págs. 302-304.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 151, PIR 2015 · n.º 208, PIR 2017 · n.º 38

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señale la opción correcta:

1. Los niños están menos afectados que las niñas.
2. La remisión espontánea es muy alta.
3. En comparación con trastornos de ansiedad y depresión, los pacientes con TOC tienen mayor probabilidad de ser solteros y estar en paro. ✓
4. El comienzo suele ser brusco/súbito como respuesta a situaciones de estrés.

Con TOC es más probable estar soltero y en paro que con ansiedad o depresión

Caballo (2014) recoge que, en comparación con los trastornos de ansiedad o la depresión, los pacientes con **TOC** tienen una mayor probabilidad de ser **solteros**, estar en **paro** y presentar deterioros importantes en el funcionamiento ocupacional y social. Por eso la OMS lo incluye entre las 20 primeras causas de discapacidad. El DSM-5 aporta el resto: los varones se ven más afectados en la infancia, el inicio suele ser **gradual** y, sin tratamiento, el curso es crónico y las **tasas de remisión** en adultos son bajas.

1. En la infancia los varones se ven más afectados; Caballo da una proporción de 3:2.
2. La remisión espontánea es muy baja: sin tratamiento, solo el 20 % de los adultos había remitido al reevaluarlos 40 años después.
3. Es el dato de Caballo sobre el funcionamiento global.
4. El inicio suele ser gradual, aunque también se describe la aparición aguda.

Ojo. El dato de soltería y paro no está en el DSM-5 ni en el DSM-5-TR, que hablan de altos niveles de deterioro social y laboral y de falta de independencia económica (TR, págs. 269-270). Tampoco aparece en la 3.ª edición de Caballo (2024).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, pág. 255. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 239.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 111, PIR 2017 · n.º 47, PIR 2019 · n.º 109

156

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 2

Alguna de las limitaciones de la Teoría clásica de los test frente a la Teoría de respuesta al item vienen por:

1. La menos fiabilidad de los instrumentos y la mayor complejidad matemática de los modelos antiguos.
2. La ausencia de invarianza y la consideración de un nivel de precisión uniforme. ✓
3. La ausencia de invarianza y la ausencia de validez predictiva.
4. El grado de dificultad de los ítems y la menor validez de contenido.

La teoría clásica carece de invarianza y usa un único error de medida para todos

Muñiz compara la teoría clásica de los tests con la **TRI** en un cuadro de diez aspectos. Dos de las diferencias tienen que ver con la **invarianza**: la TRI permite **mediciones invariantes** respecto del instrumento utilizado, y en ella las propiedades del test, como la dificultad o la discriminación de los ítems, no dependen de la muestra con la que se estiman, mientras que en la teoría clásica sí. La otra está en los **errores de medida**: la teoría clásica ofrece un **error típico de medida común para toda la muestra**, sin tener en cuenta el nivel de cada persona, y la TRI usa la función de información, que varía según ese nivel.

1. El cuadro no compara la fiabilidad de ambos enfoques, y es la TRI la que trabaja con modelos no lineales y asunciones fuertes, difíciles de cumplir; la teoría clásica usa un modelo lineal con asunciones débiles.
2. Son las dos limitaciones que el cuadro atribuye a la teoría clásica: no hay invarianza de las mediciones ni de las propiedades del test, y el error típico de medida es común para toda la muestra.
3. La falta de invarianza es una limitación clásica, pero el cuadro no incluye la validez predictiva entre las diferencias.
4. Los ítems se describen en la teoría clásica con los índices de dificultad y de discriminación, y en la TRI con los parámetros a, b y c; el cuadro no habla de validez de contenido.

DIFERENCIAS ENTRE LA TEORÍA CLÁSICA Y LA TRI

Aspectos	Teoría clásica	Teoría de respuesta a los ítems
Modelo.	Lineal	No lineal.
Asunciones.	Débiles (fáciles de cumplir por los datos).	Fuertes (difíciles de cumplir por los datos).
Invarianza de las mediciones.	No.	Sí.
Invarianza de las propiedades del test.	No.	Sí.
Escala de las puntuaciones.	Entre cero y la puntuación máxima en el test (o alguna transformación de estas).	Entre $-\infty$ y $+\infty$ (o alguna transformación de estas).
Énfasis.	Test.	Ítems.
Relación ítem-test.	Sin especificar.	Curva característica del ítem.
Descripción de los ítems.	Índice de dificultad. Índice de discriminación.	Parámetros a, b, c.
Errores de medida.	Error típico de medida (común para toda la muestra).	Función de información (varía según el nivel en la variable medida).
Tamaño muestral.	Puede funcionar bien con muestras entre 200 y 500 personas, aproximadamente.	Se recomiendan más de 500 personas, aunque depende del modelo.

Fuente: Muñiz (2018), cap. 7, pág. 204

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, págs. 204-206.

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

157 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 2

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

1 La variabilidad de una nueva muestra en que se analiza el test.

2 La longitud de un test añadiendo ítems paralelos a los del test original. ✓

3 El tamaño de una nueva muestra en que se analiza el test.

4 La dificultad de los ítems en una nueva versión del test.

Spearman-Brown predice la fiabilidad de un test alargado con ítems paralelos

Muñiz trata dos factores que afectan a la fiabilidad. La **variabilidad** de la muestra cambia el coeficiente, y para estimar ese cambio da una fórmula propia que supone iguales los errores de medida en las dos poblaciones. La **longitud** del test, el número de ítems que contiene, es el otro factor: si se aumenta n veces la longitud de un test **a base de ítems paralelos a los originales**, la fiabilidad del test alargado viene dada por la **fórmula de Spearman-Brown**, que el autor llama también profecía porque predice lo que le va a ocurrir a la fiabilidad.

1 El cambio de la fiabilidad con la variabilidad de una nueva muestra se estima con otra fórmula, la del apartado sobre fiabilidad y variabilidad.

2 Es la definición de la fórmula en el manual.

3 La fórmula no trabaja con el tamaño de la muestra, sino con el número de veces que se alarga el test.

4 La fórmula supone ítems paralelos a los originales y no un cambio en su dificultad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, págs. 33-34.

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

158 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 4

Para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos mediante un análisis factorial de la varianza debe tenerse en cuenta (indique la afirmación INCORRECTA):

1. Cuando el efecto de interacción es estadísticamente significativo, el interés de los efectos principales se reducen en cierta medida dado que su interpretación depende de los niveles del resto de factores.
2. El análisis de los efectos simples implica interpretar el efecto de un factor cuando se tiene en cuenta un único nivel del otro factor.
3. El análisis de los efectos simples sólo tiene sentido cuando la interacción entre los factores es estadísticamente significativa.
4. El efecto de interacción solo será estadísticamente significativo si los efectos principales también lo son. ✓

La interacción puede ser significativa sin que lo sean los efectos principales

Maciá et al. definen los **efectos simples** de un factor como las diferencias entre sus niveles dentro de cada nivel del otro factor, y dicen que hay **interacción** cuando esos efectos simples no son los mismos en todos los niveles del otro factor. Su secuencia de análisis solo pasa a los efectos simples cuando la **interacción es significativa**; si no lo es, el análisis se rehace centrado en los efectos principales. En su propio ejemplo la interacción resulta significativa mientras que el **efecto principal** de uno de los factores, la zona, no lo es. La interacción no exige, por tanto, efectos principales significativos.

1. El manual dice que una interacción significativa no supone desatender los efectos principales, pero que su interpretación debe hacerse teniendo en cuenta los efectos simples. La afirmación es correcta.
2. Corresponde a la definición de efecto simple del manual.
3. La secuencia de análisis del manual solo llega a los efectos simples cuando la interacción es significativa.
4. Es la afirmación incorrecta, porque en el ejemplo del manual la interacción es significativa sin que lo sea el efecto principal de la zona.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 216-217, 226-229 y 231.

EN EL ATLAS: Tema L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores. Se estudia con Maciá (Base).

159

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables

Respuesta correcta: 1

En el ámbito del análisis estadístico, en concreto de la regresión lineal, indique la afirmación INCORRECTA:

1. La regresión lineal permite analizar la relación entre uno o más predictores cuantitativos y una variable dependiente también cuantitativa, no pudiéndose en ningún caso incluir en el análisis predictores categóricos. ✓
2. En el análisis de regresión, el coeficiente de regresión parcial no estandarizado B_0 ó β_0 ofrece el valor de la ecuación de regresión cuando todos los predictores son igual a cero.
3. Una estrategia para medir la bondad de ajuste en un análisis de regresión simple es utilizar el coeficiente de determinación que se calcula elevando al cuadrado el coeficiente de correlación de Pearson.
4. Si se desea encontrar la ecuación de regresión capaz de ofrecer el mejor ajuste posible con el menos número de variables, se recomienda utilizar la regresión jerárquica o por pasos.

La regresión lineal admite predictores categóricos codificados como variables dicotómicas

La regresión lineal admite **predictores categóricos**. Pardo y San Martín explican que las variables dicotómicas pueden incluirse sin ninguna consideración adicional y que una variable con J categorías puede expresarse, sin pérdida de información, como **J-1 variables dicotómicas**, llamadas también dummy o indicador. Por eso la opción 1 es falsa. Las otras tres son correctas: la **constante** es el valor estimado de la variable dependiente cuando las independientes son nulas, en regresión simple el ajuste se mide con el **coeficiente de determinación**, el cuadrado de la correlación de Pearson, y la **regresión jerárquica o por pasos** busca el mejor ajuste con el menor número de variables.

1. Es la afirmación incorrecta, porque las variables categóricas pueden incluirse en la ecuación, directamente si son dicotómicas o como J-1 variables dicotómicas si tienen más categorías.
2. Maciá et al. describen la constante como el valor estimado para la variable dependiente cuando son nulas las variables independientes.
3. Maciá et al. dicen que en regresión simple el ajuste del modelo viene dado por el coeficiente de determinación, que es el cuadrado del coeficiente de correlación de Pearson entre la VD y la VI.
4. Pardo y San Martín dicen que con la regresión jerárquica o por pasos se pretende encontrar la ecuación capaz de ofrecer el mejor ajuste posible con el menor número de variables.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, págs. 394-396. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 259 y 262.

EN EL ATLAS

Tema L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables. Se estudia con Pardo II (Ampliación) y Maciá (Base).

160

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 3

En el marco del análisis de la varianza, con un factor y tres tratamientos, indique la afirmación INCORRECTA:

1. La prueba de Dunn-Bonferroni nos permitiría llevar a cabo comparaciones múltiples entre pares de medias planificadas o a priori.
2. Si el investigador desea realizar todas las posibles comparaciones por pares, post hoc o a posteriori, podía utilizar la prueba de Tukey.
3. Para estimar el tamaño del efecto relativo a la proporción de varianza explicada, sería aconsejable la utilización de eta-cuadrado (η^2), por ser un estimador no sesgado. ✓
4. En el caso de incumplir el supuesto de homogeneidad de las varianzas se recomienda utilizar los estadísticos W de Welch o F de Brown y Forsythe, como alternativa al estadístico F.

Eta-cuadrado es un estimador sesgado que sobrestima la varianza explicada

Pardo y San Martín presentan **eta-cuadrado** como la más antigua de las medidas del tamaño del efecto en el análisis de varianza, interpretable como la proporción de varianza que comparten el factor y la variable dependiente. Advierten de su problema: tiende a ofrecer **estimaciones sesgadas** y, en concreto, sobrestima la verdadera proporción de varianza común, por lo que proponen correcciones como épsilon-cuadrado u omega-cuadrado. Las otras opciones son correctas según Balluerka y Vergara, que recogen la **corrección de Bonferroni o prueba de Dunn** para comparaciones a priori, la **prueba de Tukey** para todas las comparaciones entre pares y las pruebas de Brown y Forsythe y de **Welch** ante la heterocedasticidad.

1. Balluerka y Vergara describen la corrección de Bonferroni, también llamada prueba de Dunn, como un procedimiento para controlar la tasa de error cuando las comparaciones múltiples se plantean a priori.
2. El método de Tukey es, según Balluerka y Vergara, el más potente para realizar todas las comparaciones posibles entre todos los pares de grupos, siempre que sean comparaciones simples.
3. Es la afirmación incorrecta: eta-cuadrado es un estimador sesgado que tiende a sobrestimar la proporción de varianza explicada.
4. Ante el incumplimiento de la homogeneidad de las varianzas, Balluerka y Vergara citan, entre otros procedimientos, la F* de Brown y Forsythe y la prueba W de Welch.

Ojo. En la copia del corpus de Pardo y San Martín (2010, edición convertida desde epub) faltan los símbolos de las fórmulas, también en la imagen, pero el párrafo trata de eta-cuadrado, la medida que acaba de presentar.

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. 201-202. Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, págs. 46, 77 y 82. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 175-176.

EN EL ATLAS

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

161 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L6 · Diseños cuasiexperimentales

Respuesta correcta: 3

Un investigador desea analizar el impacto de una intervención para mejorar las capacidades de lecto-escritura. Para ello, antes de aplicar la intervención mide la capacidad de lecto-escritura en la muestra y establece un punto de corte. Los sujetos con puntuaciones por encima del punto de corte constituirán el grupo de control y aquéllos por debajo del punto de corte recibirán la intervención (grupo experimental). Tras la intervención, el investigador medirá nuevamente la capacidad en lecto-escritura de todos los sujetos. Según este enunciado, señale la opción INCORRECTA:

1. Se ha utilizado una regla de asignación no aleatoria pero conocida.
2. Se trata de un diseño de discontinuidad en la regresión.
3. Se trata de un diseño con grupo de control no equivalente. ✓
4. Se ha utilizado un diseño cuasi-experimental pretest-postest con grupo de control.

Asignar según un punto de corte conocido define la discontinuidad en la regresión

Quintanilla et al. dividen los diseños cuasiexperimentales con grupo de control según la regla con la que se forman los grupos. En los **diseños de grupo de control no equivalente** se trabaja con grupos ya formados y la **regla de asignación es desconocida**. En los **diseños de discontinuidad en la regresión** los participantes se asignan con una **regla de asignación conocida**, sus puntuaciones en la medida pretratamiento respecto a un **punto de corte**. El enunciado describe este segundo diseño, que el manual define también como un diseño pretest-postest con grupo de control. Llamarlo diseño de grupo de control no equivalente es lo incorrecto.

1. La asignación no es aleatoria, porque el diseño es cuasiexperimental, y la regla es conocida, porque el investigador asigna según el punto de corte.
2. Asignar al grupo experimental o al de control según un punto de corte en la medida pretratamiento es el procedimiento del diseño de discontinuidad en la regresión.
3. Es la afirmación incorrecta, porque en el diseño de grupo de control no equivalente la regla de asignación es desconocida y aquí es conocida.
4. El manual describe la discontinuidad en la regresión como un diseño pretest-postest con grupo de control que se diferencia del anterior por el método de asignación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

162

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

En relación con los diseños de investigación en Psicología, indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. El diseño de bloques tiene como objetivo, entre otros, el análisis de la interacción entre la variable de tratamiento y la variable de bloqueo. ✓
2. El diseño de cuatro grupos de Solomon permite analizar el posible efecto de sensibilización del pretest, en el efecto del tratamiento.
3. En los diseños de medidas repetidas, el principal problema es el derivado de la secuencialidad en la que se aplican los tratamientos.
4. Los diseños experimentales de covarianza tienen como objetivo la reducción de la varianza de error, incluyendo variables cuantitativas como covariables.

El diseño de bloques busca reducir la varianza de error y no analizar la interacción con el bloqueo

Balluerka y Vergara explican que el **diseño de bloques** aplica la técnica de bloqueo para **reducir el término residual** del análisis de varianza, controlando una variable extraña relacionada con la variable dependiente. Por su propia naturaleza **no asume interacción** entre la variable manipulada y la de bloqueo, porque su finalidad es **reducir la varianza de error** y la variable de bloqueo no se examina como si fuera un factor explicativo. Por eso la opción 1 es la incorrecta. Las opciones 3 y 4 coinciden con lo que Quintanilla et al. dicen de los **diseños intragrupo** y Balluerka y Vergara de los **diseños con covariables**.

1. Es la afirmación incorrecta: el diseño de bloques no tiene como objetivo analizar la interacción entre tratamiento y bloqueo, que por su naturaleza no asume.
2. El diseño de cuatro grupos de Solomon no aparece en las obras del corpus; la pregunta da la afirmación por correcta, pero no puede contrastarse con un texto.
3. Quintanilla et al. señalan que el mayor inconveniente de los diseños intragrupo o de medidas repetidas es que los efectos de la repetición de pruebas, y en concreto del orden de aplicación de los tratamientos, pueden disminuir su validez interna.
4. Balluerka y Vergara definen los diseños con covariables como los que eliminan la influencia de variables cuantitativas sobre la variable dependiente, y en la investigación experimental reducen el error aleatorio.

Ojo. Balluerka y Vergara (pág. 160) explican que, cuando no puede asumirse nula la interacción entre la variable manipulada y la de bloqueo, el modelo debe incluir un componente de no aditividad que la represente. Aun así, analizarla no es el objetivo del diseño. El diseño de cuatro grupos de Solomon no se ha encontrado en ninguna obra del corpus, por lo que la opción 2 no puede justificarse con un texto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 8, págs. 158, 160 y 208-209. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdos. 4.5.1.2 y 4.5.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

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

163

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L2 · Validez de la investigación y control de variables extrañas

Respuesta correcta: 3

En lo que respecta a la validez de conclusión estadística, indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. La potencia es complementaria al error de tipo I y se define como la capacidad de una prueba estadística para detectar una relación entre variables.
2. El error de tipo II se refiere al hecho de detectar una relación entre variables cuando de hecho no existe tal relación en la población.
3. La probabilidad de cometer un error de tipo I se denomina alpha y se refiere a rechazar la hipótesis nula cuando dicha hipótesis es verdadera. ✓
4. El tamaño muestral tiene una relación inversamente proporcional con la potencia de la prueba estadística.

Alfa es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera

Quintanilla et al. definen la **validez de conclusión estadística** a partir de dos errores posibles: concluir que las variables covarían cuando en realidad no lo hacen (**error tipo I**) o que no covarían cuando sí lo hacen (**error tipo II**). Maciá et al. identifican el error de tipo I con **alfa**, la probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo cierta, y presentan la **potencia** del contraste como el complementario del error tipo II, beta. Quintanilla et al. añaden que la potencia es la capacidad de una prueba para detectar la covariación entre las variables y que, si el tamaño de la muestra es pequeño, disminuye.

1. La potencia es el complementario del error de tipo II, beta, y no del error de tipo I.
2. Detectar una relación que no existe es el error de tipo I; el de tipo II consiste en concluir que las variables no covarían cuando en realidad sí lo hacen.
3. Es la definición de alfa y del error de tipo I.
4. Con una muestra pequeña disminuye la potencia, de modo que tamaño muestral y potencia varían en el mismo sentido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 3, apdos. 3.2.3 y 3.2.3.1 (sin paginación impresa). Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 2, pág. 87; cap. 5, pág. 157.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 76

164 PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 4

El modelo de condicionamiento de la tolerancia a las drogas atribuye la tolerancia:

1. Al efecto compensatorio de la homeostasis.
2. A la sobreexposición al estímulo incondicionado (droga) que produce extinción del placer asociado.
3. Al contracondicionamiento de las influencias positivas del entorno familiar y social para que se deje la droga.
4. A las respuestas condicionadas a los estímulos del entorno que se asocian con la administración de la droga. ✓

El modelo de Siegel atribuye la tolerancia a respuestas compensatorias condicionadas al contexto

Domjan expone el **modelo del condicionamiento de la tolerancia a la droga**, desarrollado por Shepard Siegel. Cada consumo es un ensayo de condicionamiento: la droga altera la homeostasis y desencadena **ajustes compensatorios** incondicionados, y por condicionamiento pavloviano los **estímulos que acompañan a la administración** se condicionan para provocar esos ajustes. Como estas respuestas condicionadas contrarrestan los efectos de la droga, su impacto se reduce. El modelo **atribuye la tolerancia a respuestas compensatorias** que se condicionaron a los estímulos ambientales emparejados con el consumo, y predice que la tolerancia disminuye si la droga se toma en circunstancias nuevas.

1. La compensación homeostática por sí sola es la reacción incondicionada a la droga. El modelo explica la tolerancia porque esa compensación se condiciona a las señales del entorno; la explicación tradicional la atribuía a procesos farmacológicos.
2. El modelo atribuye la tolerancia a respuestas compensatorias condicionadas que atenúan el efecto de la droga; la extinción del placer por sobreexposición no forma parte de él.
3. El modelo trata de los estímulos ambientales emparejados con el consumo; el contracondicionamiento de influencias familiares y sociales no forma parte de él.
4. Es la frase con la que Domjan resume el modelo.

Trampa. La opción 1 nombra la homeostasis, que forma parte del modelo, pero omite su núcleo, el condicionamiento a los estímulos del contexto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 4, págs. 117-118.

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

165

PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 4

En la tarea de seguimiento (sombreado) ideada por Cherry (1953) se utilizó la escucha dicótica y se presentaron dos mensajes uno por cada oído. El participante debía repetir palabra por palabra el mensaje del oído atendido. Cuando se preguntó por el mensaje ignorado (no atendido) los participantes detectaron:

1. El cambio de idioma.
2. El significado del mensaje.
3. La relación semántica entre el mensaje atendido y no atendido.
4. El cambio de voz del hablante. ✓

En la tarea de sombreado de Cherry se detectaba el cambio de voz en el mensaje ignorado

Cherry (1953) fue el primero en aplicar el paradigma de **escucha dicótica** al estudio de la atención: pedía a los sujetos que **sombrearan**, es decir, repitieran rápidamente, uno de los mensajes e ignoraran el otro. Johnson y Proctor cuentan que casi ningún sujeto detectó un **cambio de idioma**, del inglés al alemán, en el mensaje ignorado, ni que un mensaje en inglés se reproducía al revés. Sí se percataron de un **cambio en el género del hablante**, de hombre a mujer, y de un tono de 400 Hz. Se detectaban las propiedades físicas del mensaje ignorado, y el lenguaje, las palabras o el **contenido semántico** pasaban desapercibidos.

1. Casi ningún sujeto detectó el paso del inglés al alemán en el mensaje ignorado.
2. El contenido semántico del mensaje ignorado pasaba desapercibido.
3. El significado del mensaje ignorado no se detectaba en los experimentos de Cherry; la semejanza entre los dos mensajes la notaron después los sujetos de Moray (1959) cuando ambos eran idénticos y el desfase era de pocos segundos.
4. Es lo que sí detectaban: el cambio de voz de hombre a mujer, una propiedad física del mensaje.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 4, págs. 130-131. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, pág. 59. Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación) y Fernández-Abascal Procesos (Base).

166

PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención | Revisar

Respuesta correcta: 1

¿Qué dos condiciones o pistas (señales) se utilizan en el Test de las redes atencionales (Attentional Network Test, ANT), para calcular la puntuación correspondiente a la red de orientación?:

1. La pista (señal) central, y la pista (señal) espacial o periférica. ✓
2. La pista (señal) central, y la doble pista (señal).
3. La pista (señal) doble, y la no pista (no señal).
4. La no pista (no señal), y la pista (señal) espacial o periférica.

La red de orientación del ANT se calcula con la señal central y la señal espacial

Redolar describe el **ANT** (Attentional Network Test), la tarea del grupo de **Posner** que mide el funcionamiento de tres redes atencionales, la alerta, la **orientación** y el control ejecutivo o conflicto. En la versión que expone, modificada para medir también sus interacciones, la alerta se manipula con la presencia o no de una señal auditiva y la orientación con una **señal visual** presentada en una de las localizaciones donde puede aparecer el estímulo. Johnson y Proctor llaman **señales centrales** a las que aparecen en el centro de la presentación, como una flecha, y **señales periféricas** a las que aparecen en la periferia del campo visual. El cálculo exacto de la puntuación no está en el corpus.

1. Es la clave oficial: la red de orientación se calcula con la condición de señal central y la de señal espacial o periférica. El corpus no recoge este cálculo.
2. Según la clave oficial, la red de orientación no se calcula con la doble señal; el corpus no detalla qué condiciones intervienen en cada red.
3. En la versión de Redolar la presencia o ausencia de señal manipula la alerta, y la clave oficial no asigna esta pareja a la orientación.
4. La clave oficial no empareja la ausencia de señal con la señal espacial para la orientación; el corpus no permite descartarlo con un texto.

Ojo. Ninguna obra del corpus del Atlas da el cálculo de las puntuaciones de las tres redes del ANT con las condiciones de no señal, señal central, doble señal y señal espacial. Redolar describe una versión modificada de la tarea, con señales válidas e inválidas para la orientación, y Fernández-Abascal, Base del tema, solo la orientación encubierta de Posner hacia una posición indicada. El comentario de partida cita a Tudela (2015), Percepción y atención, Centro de Estudios Financieros, cap. 5, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15, recuadro 15-9, pág. 407. Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 0, pág. 18. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, pág. 55. Tudela, P. (2015). Percepción y atención. Centro de Estudios Financieros. Cap. 5 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación) y Fernández-Abascal Procesos (Base).

167 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con los estudios de Tulving y otros autores sobre la recuperación de información de la memoria, ¿qué claves de recuperación son las más eficaces para recuperar un determinado contenido de la memoria episódica?:

1. Las claves que están más fuertemente relacionadas semánticamente con el contenido que queremos recuperar.
2. Las claves que, además de al contenido que queremos recuperar, están asociadas a más contenidos diferentes de nuestra memoria episódica.
3. Las claves a las que se presta menos atención durante la recuperación.
4. Las claves que estuvieron presentes durante la codificación y fueron codificadas junto con el contenido que ahora queremos recuperar. ✓

Las claves más eficaces son las que se codificaron junto con el recuerdo

Baddeley et al. formulan el **principio de especificidad de la codificación**: para que una clave sea útil, **tiene que haber estado presente durante la codificación** y haber sido codificada con la huella deseada. Las claves codificadas específicamente con una huella son más eficaces, aunque en apariencia puedan parecer menos efectivas que otras previamente relacionadas con ella. En el experimento de **Tulving y Osler** (1968) cada palabra se presentaba con una clave débilmente asociada, como silla con pegamento. Aunque mesa sea un **asociado fuerte** de silla, no será una clave tan efectiva como pegamento, porque no se presentó durante la codificación.

1. Un asociado semántico fuerte, como mesa para silla, es peor clave que otra débil que estuvo presente en la codificación.
2. Cuantos más elementos se asocian a una clave, peor se recupera cada uno; es el principio de sobrecarga de la clave.
3. Lo que hace eficaz una clave, según el principio, es haber estado presente durante la codificación; el manual no vincula su eficacia a la atención que se le preste al recuperar.
4. Es el enunciado del principio de especificidad de la codificación.

> **Trampa.** La opción 1 parece intuitiva, porque una clave muy asociada debería ayudar; el experimento de Tulving y Osler muestra lo contrario.

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

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

168

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de covariación de Kelley ¿Qué tipos de información utilizan los sujetos para realizar atribuciones sobre las causas de la conducta de otra persona?:

1 Locus externo/interno, estabilidad y controlabilidad.

2 Coherencia/consistencia, distintividad y consenso. ✓

3 Efectos no comunes, relevancia hedónica y personalismo.

4 Correspondencia, agencialidad y causalidad.

Kelley combina consenso, distintividad y consistencia para atribuir causas

Según el **modelo de covariación** de Kelley, el perceptor puede atribuir una conducta a la persona, al estímulo o a las circunstancias, y para decidirlo maneja conjuntamente tres tipos de información. El **consenso** indica hasta qué punto otras personas actúan ante ese estímulo igual que la persona observada; la **distintividad**, si la persona responde de forma diferente ante otros estímulos; y la **consistencia**, si responde siempre igual ante ese estímulo. Gaviria et al. lo ilustran con el sobresaliente de Marta en Biología y las combinaciones de información que llevan a atribuirlo a la asignatura o a la propia Marta.

1. Locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad son las dimensiones atributivas que propone Weiner.
2. Son los tres tipos de información del modelo de covariación.
3. Los efectos no comunes, la relevancia hedónica y el personalismo son factores de la teoría de la inferencia correspondiente de Jones y Davis.
4. Correspondencia, agencialidad y causalidad no son los tipos de información que maneja el perceptor en el modelo de Kelley.

Trampa. Las opciones 1 y 3 son tríadas reales de otras teorías de la atribución; hay que asociar cada una con su autor.

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. 97-99. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, tabla 8.6, pág. 356.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 66

169

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de la Teoría de la acción razonada, ¿qué componente determina la actitud general hacia una conducta?:

1 La intención conductual.

2 Creencia que la persona tiene sobre las consecuencias de la conducta. ✓

3 La norma subjetiva.

4 Las creencias normativas.

La actitud hacia la conducta depende de las creencias sobre sus consecuencias

En la **teoría de la acción razonada** de Fishbein y Ajzen la intención de conducta depende de dos factores independientes, uno personal, la **actitud hacia la conducta**, y otro que refleja la influencia del contexto social, la **norma subjetiva**. La actitud hacia la conducta es el grado en que la persona evalúa favorablemente realizarla, y depende de las **creencias sobre las consecuencias** de realizarla y de la valoración de esas consecuencias, que se combinan de forma multiplicativa en un modelo de expectativa-valor. La norma subjetiva depende de las **creencias normativas** sobre la opinión de los referentes y de la motivación para complacerlos.

1 La intención conductual es lo que determinan la actitud y la norma subjetiva.

2 La actitud hacia la conducta depende de las creencias sobre sus consecuencias y de su valoración.

3 La norma subjetiva es el otro determinante de la intención, independiente de la actitud.

4 Las creencias normativas componen la norma subjetiva, junto a la motivación para complacer a los referentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 162-163.

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

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

170

PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 3

Según la Teoría de la categorización del Yo, la "saliencia" de una categoría social en una situación concreta es función de dos procesos denominados:

1 Prototipicidad y homogeneidad.

2 Anclaje y comparación.

3 Accesibilidad y ajuste. ✓

4 Atribución y heterogeneidad.

La saliencia de una categoría depende de su accesibilidad y de su ajuste

La **teoría de la categorización del yo** explica cuándo una autocategorización social se hace saliente. Molero et al. señalan dos determinantes. El primero es la **accesibilidad**, la facilidad con que se suscita esa autodefinición en función, por ejemplo, del grado de identificación, de las experiencias pasadas o de los valores y metas de la persona. El segundo es el **ajuste** entre la categoría y el contexto, que puede ser **comparativo**, cuando las diferencias entre los estímulos de la categoría son menores que las que tienen con el resto, o **normativo**, cuando esas diferencias se dan en dimensiones pertinentes y responden a las expectativas estereotípicas.

1 En esta teoría el prototipo de un grupo se define por el principio de metacontraste, pero ni la prototipicidad ni la homogeneidad son los determinantes de la saliencia que recoge el manual.

2 El anclaje y la comparación no son los procesos de los que depende la saliencia, aunque el ajuste comparativo compara las diferencias dentro y fuera de la categoría.

3 Son los dos determinantes de la saliencia que expone el manual.

4 La atribución y la heterogeneidad no figuran entre los determinantes de la saliencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 9, pág. 295. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 4, pág. 126.

EN EL ATLAS: Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Molero (Ampliación).

171

PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes opciones NO recoge una de las estrategias de obtención de identidad social positiva propuestas por la Teoría de la identidad social?:

1 Creatividad social.

2 Movilidad individual.

3 Competición social.

4 Facilitación social. ✓

Movilidad individual, creatividad social y competición social son las estrategias de la identidad social

Según la **teoría de la identidad social** de Tajfel y Turner, cuando la identidad social es insatisfactoria pueden adoptarse tres estrategias. La **movilidad individual** consiste en abandonar el grupo que proporciona una identidad inadecuada para pasar a formar parte de otro. La **creatividad social** modifica o redefine la comparación con otros grupos, por ejemplo comparándose en una dimensión nueva o invirtiendo el valor asociado a ciertas características del grupo. La **competición social** trata de superar al exogrupo en las dimensiones en las que el endogrupo salía desfavorecido. La **facilitación social** pertenece a otro campo, el de los efectos de la presencia de otros en el rendimiento.

1 La creatividad social es la segunda estrategia, de carácter colectivo, que redefine la forma de compararse con otros grupos.

2 La movilidad individual es la primera estrategia, abandonar el grupo de origen para pasar a otro.

3 La competición social es la tercera estrategia y, como indican Tajfel y Turner, genera conflicto entre los grupos.

4 La facilitación social es la mejora del rendimiento en presencia de otras personas, que Molero et al. estudian junto a la inhibición social; no es una estrategia de identidad social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 372-373. Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 9, pág. 290; cap. 7, pág. 225.

EN EL ATLAS

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

172

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes modelos establece la existencia de una “vía central” y una “vía periférica” en los procesos de persuasión:

1 El modelo de probabilidad de elaboración. ✓

2 El modelo de activación automática.

3 El modelo del comportamiento planificado.

4 El modelo de continuidad.

El modelo de probabilidad de elaboración distingue una ruta central y una periférica en la persuasión

Gaviria et al. presentan el **modelo de probabilidad de elaboración** como uno de los desarrollos de la investigación sobre persuasión, junto al modelo del aprendizaje del mensaje, la teoría de la respuesta cognitiva y el modelo heurístico. Según este modelo el cambio de actitudes puede seguir dos caminos. Por la **ruta central** el receptor elabora cognitivamente la información disponible, presta atención a todas las claves del mensaje y la compara con sus conocimientos previos; por la **ruta periférica** el cambio se basa en **claves heurísticas** presentes en el contexto. El cambio por la ruta central es más duradero, predice mejor la conducta futura y es más resistente a los mensajes contrarios.

1 Es el modelo que distingue la ruta central y la ruta periférica de la persuasión.

2 La activación automática de una actitud relevante es, según Fazio, la base del procesamiento espontáneo con el que las actitudes guían la conducta; no es un modelo de persuasión.

3 La teoría de la acción planificada amplía la de la acción razonada para explicar y predecir el comportamiento a partir de la intención.

4 El modelo de continuidad no figura entre los modelos de persuasión del capítulo, que son el del aprendizaje del mensaje, la teoría de la respuesta cognitiva, el modelo heurístico y el de probabilidad de elaboración.

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. 197 y 199-200; cap. 6, págs. 161-162.

EN EL ATLAS

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Gaviria (Base).

173

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 3

Cuando un sujeto se conforma a las expectativas de una grupo debido a su temor a la desaprobación social, al castigo del grupo, se está produciendo un proceso de:

1 Influencia informativa.

2 Conversión.

3 Influencia normativa. ✓

4 Reactancia psicológica.

Conformarse por miedo a la desaprobación del grupo es influencia normativa

Molero et al. distinguen dos tipos de dependencia en la influencia social. Hay **dependencia informativa** cuando el individuo quiere una respuesta adaptada a la realidad, no puede evaluarla por sí mismo y depende de la información que le aportan los demás; esta influencia implica una verdadera interiorización. La **dependencia normativa** aparece cuando el individuo está motivado a mantener una relación positiva con los otros, por ejemplo porque necesita su **aprobación**, y suele ser solo manifiesta, pública. Gaviria et al. la definen como la que se produce cuando la persona desea recibir la aprobación del grupo o **evitar su rechazo**, y dan como ejemplo el paradigma de **Asch**.

1 En la influencia informativa la persona depende de la información de los demás para adaptarse a la realidad, y la respuesta se interioriza.

2 La conversión es, para Moscovici, la influencia latente que obtienen las minorías aunque se las rechace a nivel manifiesto.

3 Conformarse por temor a la desaprobación o al castigo del grupo es influencia basada en la dependencia normativa.

4 La reactancia psicológica (Brehm) es la reacción para recuperar una libertad amenazada, que lleva a luchar por aquello que resulta costoso o está prohibido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 364; cap. 7, pág. 191; glosario, pág. 406. Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 6, págs. 190-191 y 196.

EN EL ATLAS

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Gaviria (Base) y Molero (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes NO es un factor que favorezca la aparición del denominado "pensamiento de grupo" según el modelo propuesto por Janis?:

1 La alta cohesión grupal.

2 La heterogeneidad de los miembros en actitudes e ideología. ✓

3 El aislamiento del grupo respecto de la influencia externa.

4 La existencia de un contexto de alto estrés.

La homogeneidad de los miembros, y no su heterogeneidad, favorece el pensamiento grupal

Janis acuñó el término **pensamiento grupal** para la forma de pensar de los miembros de un grupo cohesivo en el que la búsqueda de consenso se antepone a la consideración realista de otras alternativas. Molero et al. recogen sus condiciones antecedentes. La principal es la **cohesión** grupal, que debe ir acompañada de características estructurales del grupo, como el **aislamiento** respecto a influencias del exterior, un líder que impone su postura, la falta de procedimientos sistemáticos y la **homogeneidad de los miembros** en actitudes, ideología y origen social, y de factores de la situación, como un **contexto altamente estresante** por una amenaza externa. La heterogeneidad es lo contrario de uno de ellos.

1 La cohesión grupal es, según Janis, la condición antecedente principal, necesaria aunque no suficiente.

2 Es la que no favorece el pensamiento grupal, porque Janis cita como antecedente la homogeneidad de los miembros en actitudes, ideología y origen social.

3 El aislamiento del grupo respecto a influencias del exterior es una de las características estructurales que lo favorecen.

4 Un contexto altamente estresante por alguna amenaza externa es uno de los factores de la situación que contribuyen al pensamiento grupal.

FIGURA 13.2. ANTECEDENTES DEL PENSAMIENTO GRUPAL

Antecedente	Contenido
1. Grupo cohesivo	
2. Defectos estructurales	a) Aislamiento del grupo; b) Falta de liderazgo imparcial; c) Falta de normas sobre procedimientos metodológicos; d) Homogeneidad de los miembros
3. Contexto situacional provocativo	a) Alto grado de estrés por amenazas externas y poca esperanza de encontrar una solución mejor que la que apoya el líder; b) Baja autoestima del grupo inducida temporalmente por: Fracasos recientes; Excesivas dificultades en la toma de decisión actual; Dilemas morales

Fuente: Gaviria, López Sáez y Cuadrado (2019), cap. 13, figura 13.2, pág. 366

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 8, págs. 261 y 263. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, figura 13.2, pág. 366.

EN EL ATLAS

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

175

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes NO es un paradigma de investigación sobre disonancia cognitiva?:

1 El paradigma de justificación del esfuerzo.

2 El paradigma de complacencia inducida.

3 El paradigma adaptación-nivel. ✓

4 El paradigma de libre elección

Adaptación-nivel no es uno de los cuatro paradigmas de la disonancia cognitiva

Gaviria et al. explican que la teoría de la **disonancia cognitiva** se aplica a situaciones muy diversas y que la investigación ha ido perfilando **cuatro paradigmas**, según la situación en la que típicamente surge la disonancia. Después de tomar una decisión se usa el **paradigma de la libre elección**; después de actuar en contra de las propias creencias y actitudes, el de la **complacencia inducida**; después de exponerse a información inconsistente con las creencias, el de la desconfirmación de creencias; y después de realizar conductas que requieren esfuerzo, el de la **justificación del esfuerzo**. El de adaptación-nivel no está entre ellos.

1. La justificación del esfuerzo es el paradigma de la disonancia que sigue a conductas que requieren esfuerzo.
2. La complacencia inducida es el paradigma de la disonancia que sigue a actuar en contra de las propias creencias y actitudes.
3. El paradigma de adaptación-nivel no figura entre los cuatro paradigmas de investigación de la disonancia.
4. La libre elección es el paradigma de la disonancia posterior a una decisión.

PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN DE LA DISONANCIA COGNITIVA

Situación en la que surge la disonancia	Paradigma
después de tomar una decisión	paradigma de la libre elección
después de actuar en contra de las propias creencias y actitudes	paradigma de la complacencia inducida
después de exponerse a información inconsistente con las creencias	paradigma de la desconfirmación de creencias
después de realizar conductas que requieren esfuerzo	paradigma de la justificación del esfuerzo

Fuente: Gaviria, López Sáez y Cuadrado (2019), cap. 6, pág. 166

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 166-170.

EN EL ATLAS

Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Gaviria (Base).

176

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

La estructura de tres estratos del modelo de Catell-Horn-Carroll (CHC) sobre la inteligencia establece que en el estrato II se sitúan:

1. Las aptitudes intelectuales (por ejemplo, inteligencia fluida, cristalizada, etc.) ✓
2. El factor G o capacidad general.
3. Los factores relacionados con cada aptitud intelectual de 2º orden.
4. Las tareas que componen la prueba de inteligencia.

En el estrato II del modelo CHC están las aptitudes amplias, como la inteligencia fluida y la cristalizada

El modelo **CHC** (Cattell-Horn-Carroll) combina el modelo de Cattell y Horn con la **teoría de los tres estratos** de Carroll. Sánchez-Elvira resume esta última en el cuadro 5.20. En el primer estrato, el más concreto, se sitúan numerosas aptitudes mentales primarias. El **segundo estrato** reúne factores de mayor generalidad, como la **inteligencia fluida** y la **inteligencia cristalizada**, la memoria y aprendizaje, la percepción visual y auditiva, la capacidad de recuperación, la velocidad cognitiva y la rapidez de procesamiento. El tercer estrato es un único factor de inteligencia general, el g de Spearman. Colom llama dominios amplios a los factores del estrato II.

1. En el estrato II están las aptitudes amplias, como la inteligencia fluida y la cristalizada.
2. El factor g ocupa el tercer estrato, el más general.
3. Los factores más concretos, las aptitudes primarias, ocupan el primer estrato, por debajo de las aptitudes de segundo orden.
4. Las tareas de las pruebas no forman ninguno de los tres estratos del modelo, que son aptitudes primarias, factores amplios y factor general.

Ojo. Sánchez-Elvira, Base del tema, describe el modelo de tres estratos de Carroll y no el modelo CHC como tal. Colom explica que el CHC integra el de Carroll con el de Cattell y Horn, y que sus estratos II difieren en algún factor, como el razonamiento cuantitativo (Gq).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, cuadro 5.20, págs. 260-261. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 10, págs. 255 y 257-258.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 4

Según el DSM 5, cuando un niño de 10 años alcanza un CI Global de 65 en la evaluación realizada con un WISC-V, podemos concluir que la gravedad actual del paciente corresponde a:

1. Una discapacidad intelectual Leve.
2. Una discapacidad intelectual Moderada.
3. Necesitamos conocer, además del CI Total, los índices de inteligencia verbal y manipulativo para poder especificar la discapacidad y funcionalidad.
4. No podemos determinar los diferentes niveles de gravedad si desconocemos el funcionamiento adaptativo y el nivel de apoyos requeridos. ✓

Sin conocer el funcionamiento adaptativo no puede especificarse la gravedad del trastorno del desarrollo intelectual

El DSM-5 establece que los niveles de gravedad (leve, moderado, grave y profundo) de la **discapacidad intelectual**, hoy trastorno del desarrollo intelectual, se definen según el **funcionamiento adaptativo**, y no según las puntuaciones de **cociente intelectual**, porque es el funcionamiento adaptativo el que determina el **nivel de apoyos** requerido. Añade que las medidas de CI son menos válidas para las puntuaciones más bajas del rango. Un CI de 65 en el WISC-V es compatible con el criterio A, pero no permite por sí solo asignar un nivel; hay que valorar los dominios conceptual, social y práctico.

1. El CI no basta para asignar el nivel leve, porque la gravedad depende del funcionamiento adaptativo.
2. Tampoco puede concluirse un nivel moderado a partir de una puntuación de CI.
3. Añadir otros índices de la escala seguiría siendo información de inteligencia, y la gravedad no se especifica con puntuaciones de CI.
4. Es lo que dice el DSM-5 en el apartado de especificadores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), pág. 33.

EN EL ATLAS Tema B26 · Discapacidad intelectual. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 78, PIR 2023 · n.º 170, PIR 2020 · n.º 36, PIR 2024 · n.º 27

178

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

Señale la respuesta correcta respecto a la disforia de género (DG), según el DSM 5:

1 Se trata de un nuevo trastorno introducido en el DSM 5 dentro de la categoría general de las disfunciones sexuales.

2 La principal diferencia entre la DG en niños y adolescente es el criterio de duración (6 meses en niños y 12 en adolescentes).

3 Si existe otro diagnóstico del desarrollo sexual (por ejemplo, un trastorno androgenital congénito como hiperplasia adrenal congénita) no debe hacerse el diagnóstico de DG.

4 En niños, el criterio principal (A1) se describe como: “un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna)”. ✓

En los niños, el criterio A1 de la disforia de género es el deseo poderoso de ser del otro sexo

El enunciado copia el criterio **A1** de la **disforia de género en niños** del DSM-5: un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). Es el criterio **obligatorio** entre las seis características que se exigen. Los distractores fallan porque la disforia de género tiene un **capítulo propio**, distinto de las disfunciones sexuales, la duración mínima es de **seis meses** en niños, adolescentes y adultos, y un trastorno del desarrollo sexual se registra como **especificador** sin impedir el diagnóstico.

1. La disforia de género es una nueva clase diagnóstica del DSM-5, con capítulo propio, separado de las disfunciones sexuales y de los trastornos parafílicos.
2. La duración mínima es de seis meses en niños y en adolescentes y adultos; lo que cambia es el número de características exigidas, seis en niños y dos en adolescentes y adultos.
3. Un trastorno del desarrollo sexual, como la hiperplasia adrenal congénita, no impide el diagnóstico: se indica con el especificador «con un trastorno de desarrollo sexual» y se codifican ambos.
4. Es el criterio A1 de la disforia de género en niños.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, págs. 452-453; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 814.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 73, PIR 2020 · n.º 82, PIR 2020 · n.º 93, PIR 2021 · n.º 110, PIR 2021 · n.º 124

179

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Qué tipo de ataque de pánico de la tipología de Barlow se corresponde con el ataque de pánico limitado situacionalmente propuesto por Klein?:

1 Ataque de pánico señalado/no esperado.

2 Ataque de pánico no señalado/no esperado.

3 Ataque de pánico señalado/esperado. ✓

4 Ataque de pánico espontáneo.

El ataque de pánico limitado situacionalmente de Klein es el señalado y esperado de Barlow

Caballo et al. recogen la clasificación de los **ataques de pánico** de **Barlow**, que distingue cuatro tipos según las combinaciones entre **señalado** y **esperado**, y su correspondencia con la clasificación de Klein. Los ataques **señalados y esperados** corresponden a los **limitados situacionalmente** de Klein; los señalados no esperados, a los predispuestos situacionalmente; y los no señalados no esperados, a los espontáneos. El cuarto tipo, no señalado y esperado, se da cuando un paciente espera tener un ataque durante un determinado período. A diferencia de Klein, Barlow no limita las señales a estímulos ambientales e incluye las interoceptivas, las cognitivas o los acontecimientos vitales.

1 Según Barlow, el ataque señalado y no esperado corresponde al predispuesto situacionalmente de Klein.

2 El no señalado y no esperado corresponde al ataque espontáneo de Klein.

3 Es la correspondencia que da Barlow para el ataque limitado situacionalmente de Klein.

4 Espontáneo es el término de Klein para el ataque que Barlow llama no señalado y no esperado; no es un tipo de su tipología.

TIPOS DE ATAQUE DE PÁNICO DE BARLOW Y SU CORRESPONDENCIA CON KLEIN

Tipo de AP (Barlow)	Descripción
AP señalado/esperado	corresponderían a los limitados situacionalmente de la clasificación de Klein
AP señalado/no esperado	serían los predispuestos situacionalmente de Klein
AP no señalado/esperado	cuando, por ejemplo, un paciente espera tener un ataque durante un determinado período de tiempo
AP no señalado/no esperado	serían los AP espontáneos de Klein

Fuente: Caballo, Salazar y Carrobles (2024), cap. 8, pág. 232

Ojo. Belloch 2020 (vol. II, cap. 2, pág. 47), Base del tema, solo distingue los ataques de pánico esperados e inesperados del DSM-5.

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. 8, pág. 232. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 47.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

180

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

De las diferentes fobias específicas, ¿cuál presenta una edad de aparición más tardía?:

1. Situacionales. ✓
2. Entorno natural.
3. Animal.
4. Sangre-inyección-heridas.

Las fobias específicas situacionales empiezan más tarde que las demás

Según el DSM-5, la **fobia específica** suele desarrollarse en la **primera infancia**, la mayoría de las veces antes de los 10 años, con una edad media de unos 10 y un inicio habitual **entre los 7 y los 11**. Dentro de ese patrón, las **fobias situacionales** presentan una **edad de inicio más tardía** que las del entorno natural, las de animales y las de sangre-inyección-herida. El manual añade que las fobias que empiezan en la infancia y la adolescencia suelen tener altibajos, pero las que persisten en la edad adulta rara vez remiten.

1. Es el tipo de inicio más tardío según el manual.
2. Las fobias al entorno natural empiezan antes que las situacionales.
3. Las fobias a animales también tienen un inicio más temprano que las situacionales.
4. Las de sangre-inyección-herida empiezan igualmente antes que las situacionales.

Ojo. Belloch (2020) escribe que las fobias a las alturas son las que suelen originarse más tardíamente, citando a la APA (pág. 38). En el DSM-5 las alturas son un ejemplo del tipo entorno natural, y lo que el manual dice es que el inicio más tardío es el de las situacionales. Para la pregunta manda el DSM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, pág. 200. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 38.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 208, PIR 2023 · n.º 122

181

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Respecto del tratamiento con antidepresivos para la bulimia nerviosa, cabe afirmar que:

1. Produce una mayor reducción de los atracones que los tratamientos psicológicos, a largo plazo.
2. Muestra peores resultados que la Terapia cognitivo conductual. ✓
3. Los antagonistas opiáceos son más eficaces que los antidepresivos.
4. Los antidepresivos no han mostrado ser eficaces para la reducción de atracones y purgas a corto plazo.

En la bulimia la TCC obtiene mejores resultados que los antidepresivos

Vallejo y Vallejo-Slocker recogen que la evidencia farmacológica más convincente en la **bulimia nerviosa** procede de los **antidepresivos**, que en la mayor parte de los estudios controlados se han mostrado superiores al placebo en la reducción de los episodios de ingesta compulsiva. Sus límites son claros: solo consiguen la remisión total en un porcentaje muy limitado de pacientes, y no está claro que la medicación continuada mantenga los efectos ni que un período breve consiga efectos duraderos. Frente a la psicoterapia, los resultados de la **TCC** son **mejores que los obtenidos con medicación antidepresiva**, aunque pueden incrementarse algo al añadirla. Fonseca resume que la terapia farmacológica no tiene un gran soporte experimental.

1. No está claro que la medicación continuada mantenga los efectos de los primeros momentos, y la TCC obtiene mejores resultados.
2. Es la conclusión del manual al comparar los antidepresivos con la psicoterapia.
3. El manual dice que la evidencia farmacológica más convincente procede de los antidepresivos, sobre todo de la fluoxetina, el único fármaco aprobado por la FDA para la bulimia nerviosa.
4. En la mayor parte de los estudios controlados la medicación antidepresiva se ha mostrado superior al placebo en la reducción de los atracones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Díaz García, Anorexia y bulimia), págs. 340-341. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 490.

EN EL ATLAS

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

182

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes características clínicas de un paciente con depresión "endógena" (unipolar o bipolar) NO constituye una indicación para iniciar tratamiento con terapia electroconvulsiva?:

1. La presencia de grave desnutrición o deshidratación importantes.
2. Haber padecido tres recidivas. ✓
3. Antecedentes de fracaso farmacológico en su tratamiento.
4. Riesgo grave de suicidio.

Haber tenido tres recidivas no es una indicación de la terapia electroconvulsiva

Vallejo Ruiloba explica que la **terapia electroconvulsiva** sigue teniendo una de sus indicaciones más claras en las **depresiones endógenas**, bipolares y unipolares, aunque su uso ha quedado restringido por la acción cada vez más eficaz de los antidepresivos. Enumera sus **indicaciones actuales**: fracaso farmacológico; depresiones muy inhibidas, agitadas o con ideas deliroides; situaciones somáticas críticas, como la desnutrición o la deshidratación; **riesgo grave de suicidio**; reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejen los fármacos; y antecedentes de fracaso farmacológico y buena respuesta a la TEC. **Haber tenido tres recidivas** no figura en la lista.

1. Las situaciones somáticas críticas, como la desnutrición o la deshidratación, son una de las indicaciones.
2. Las recidivas no están en la lista de indicaciones; el manual solo menciona la TEC de mantenimiento en pacientes con recaídas frecuentes que ya respondieron bien a ella.
3. El fracaso farmacológico es la primera indicación de la lista.
4. El riesgo grave de suicidio es otra indicación, y Caballo et al. también consideran útil la TEC como adyuvante en la depresión bipolar con elevado riesgo suicida.

Ojo. Vallejo Ruiloba (2011) se consulta aquí en su edición digital completa, sin paginación impresa; el Atlas solo usa los caps. 41-47 de la obra. Las fuentes del tema C14 revisadas (Fonseca Adultos, Penadés, Vallejo Adultos y la Guía de tratamientos eficaces I) no recogen las indicaciones de la TEC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 19 (J. Vallejo, Trastornos depresivos), apartado de tratamiento (edición digital sin paginación impresa).
Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 13, pág. 421.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

183

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

Un terapeuta intenta abordar una depresión crónica mediante la Terapia centrada en los esquemas desarrollada por Young (1990). Señale cuál de estos pasos NO corresponde a esta terapia:

1. Explorar los orígenes de los modos del esquema en la niñez y la adolescencia.
2. Usar la imaginería para tener acceso al modo del esquema del niño vulnerable.
3. Solicitar un registro diario de pensamientos automáticos disfuncionales asociados a los esquemas. ✓
4. Propiciar y conducir diálogos entre los diferentes modos de los esquemas.

El registro de pensamientos automáticos es de Beck y no de la terapia de esquemas

Rodríguez Morejón describe la **terapia de esquemas** de Young como una secuencia de estrategias cognitivas, emocionales y de cambio de patrones de actuación. En las **estrategias experienciales** el paciente cierra los ojos e imagina situaciones conflictivas de su **infancia** para activar los esquemas desadaptativos tempranos, y en la reparentalización el terapeuta dialoga en imaginación con el **niño vulnerable**. Entre las estrategias cognitivas figuran los **diálogos** entre la «parte esquema» y la «parte sana» con la silla vacía, las tarjetas recordatorio y un diario de esquemas. El autorregistro de **pensamientos automáticos** es, en cambio, una tarea característica de la terapia cognitiva de Beck.

1. La terapia de esquemas explora los orígenes de los esquemas en la infancia, por ejemplo imaginando situaciones conflictivas de esa etapa.
2. La imaginación para reparentalizar lleva al terapeuta a dialogar con el «niño vulnerable» del pasado.
3. El autorregistro de pensamientos automáticos pertenece a la terapia cognitiva de Beck; la terapia de esquemas usa un diario de esquemas, centrado en los esquemas que se activan.
4. Los diálogos entre la «parte esquema» y la «parte sana», con la técnica de la silla vacía, son una de sus técnicas.

Ojo. El diario de esquemas (Rodríguez Morejón, pág. 317) recoge hechos activadores, tipo de esquema, emociones y reacciones, así que se parece a un autorregistro; lo que la opción 3 atribuye a la terapia de esquemas es el registro de pensamientos automáticos disfuncionales de Beck. La Base del tema (Díaz y Ruiz, cap. 8) solo cita el cuestionario de esquemas de Young. El comentario de partida cita a Caro (2009), Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas, Desclée de Brouwer, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 17, págs. 313 y 316-318; cap. 16, págs. 299 y 301.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

184

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

La “exposición prolongada” propuesta por E. Foa y cols., se desarrolló fundamentalmente para el tratamiento:

1. Del trastorno de pánico.
2. De la agorafobia.
3. Del trastorno de estrés postraumático. ✓
4. Del trastorno obsesivo compulsivo.

La exposición prolongada de Foa es un tratamiento del TEPT

El manual de Penadés et al. presenta la **terapia de exposición prolongada** de **Foa** et al. entre las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma que recomiendan las principales guías para el **TEPT** en adultos. Está basada en la **teoría del procesamiento emocional**, que postula la necesidad de procesar emocionalmente los recuerdos traumáticos para superar el trastorno, y sus dos técnicas más importantes son la exposición en vivo y la **exposición en imaginación**. Fonseca recoge que la exposición prolongada y la reestructuración cognitiva son las técnicas más eficaces para reducir los síntomas en víctimas de agresiones sexuales u otros traumas.

1. Los manuales presentan la exposición prolongada de Foa como tratamiento del TEPT y no del trastorno de pánico.
2. Tampoco la recogen como tratamiento de la agorafobia.
3. Es una de las terapias centradas en el trauma recomendadas para el TEPT.
4. En el TOC, Foa y Kozak (1986) elaboraron el planteamiento sobre el que se asienta la exposición con prevención de respuesta, pero la exposición prolongada es su terapia para el TEPT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 262-263, 265, 272 y 275. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 413. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 154.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 126

185

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria | Anulada | Reserva no utilizada

Anulada

En el campo de la psicología de la memoria, el paradigma de la práctica en la recuperación se ha empleado para estudiar el fenómeno del "olvido inducido por la recuperación". Señale en qué consiste este fenómeno:

1. Practicar la recuperación de cierta información a partir de una determinada clave de recuperación puede hacer que, posteriormente, esa información sea más fácil de recuperar.
2. Practicar la recuperación de cierta información a partir de una clave de recuperación puede hacer que, posteriormente, otros contenidos asociados a esa misma clave de recuperación sean más fáciles de recuperar.
3. Practicar la recuperación de una información a partir de una determinada clave de recuperación puede hacer que, posteriormente, otros contenidos asociados a otras claves de recuperación sean más difíciles de recordar.
4. Practicar la recuperación de información a partir de una clave de recuperación puede hacer que, posteriormente, el estímulo empleado como clave de recuperación, sea más difícil de recuperar si se pide su recuerdo.

Recuperar unos ejemplares de una categoría perjudica el recuerdo de los demás

Baddeley et al. explican que el mismo hecho de recordar causa olvido: la recuperación **puede perjudicar el recuerdo de otros elementos relacionados** con el ítem recuperado, aunque no el del propio ítem. Anderson et al. (1994) llamaron a este fenómeno **olvido inducido por la recuperación** y lo estudian con el **paradigma de práctica en la recuperación**. Tras practicar la recuperación de algunos ejemplares de una categoría, como fruta-naranja, mejora el recuerdo de los practicados y empeora el de los ejemplares no practicados de la misma categoría, como fruta-plátano. La pregunta era una reserva que no se usó y se anuló.

1. Practicar la recuperación mejora el recuerdo de los ítems practicados, pero ese es el efecto de la práctica y no el olvido inducido.
2. Era la clave provisional según el comentario de partida, pero el manual describe lo contrario: los contenidos asociados a la misma clave que no se practicaron se recuerdan peor.
3. Es la opción más cercana al fenómeno, porque habla de contenidos más difíciles de recordar, pero los sitúa bajo otras claves de recuperación, cuando en el paradigma comparten la categoría que sirve de clave.
4. El manual no describe que la clave empleada se vuelva más difícil de recuperar.

Ojo. Según el comentario de partida, la plantilla provisional daba la opción 2 y la pregunta se anuló después al considerarse correcta también la 3. Con la definición de Baddeley et al. ninguna opción reproduce el fenómeno: la 2 afirma una facilitación y la 3 sitúa los contenidos perjudicados bajo otras claves. El comentario cita a Ballesteros (2012), Psicología de la memoria, Universitas, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 293-294.

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

Índice por temas del Atlas

A5	Percepción e Imaginación	133, 141, 142, 146, 147
A6	Memoria	140, 150
A7	Pensamiento	124, 125, 143, 145, 148
A8	Lenguaje	144
B2	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general	96
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	127
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	178
B5	Trastornos del sueño-vigilia	84, 112, 113, 114
B6	Adicciones a sustancias	119, 120, 121, 122
B7	Adicciones comportamentales	118
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	78, 85
B11	Trastornos de ansiedad	69, 110, 137, 138, 139, 179, 180
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	132, 135
B14	TOC y trastornos relacionados	109, 111, 155
B15	Trastornos depresivos	86, 128, 129, 130
B16	Trastornos bipolares	136
B17	Trastornos disociativos	116, 117, 154
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	126
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	81, 123, 149, 152
B20	Trastornos de la personalidad	134, 151, 153
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	87
B26	Discapacidad intelectual	177
B32	Trastornos del vínculo	82
C1	Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia	64
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	181
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	52, 53
C6	Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia	115
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	40, 62
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	83
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	42, 43, 44, 45, 71, 79, 80
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	70, 184
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	47, 48
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	29, 30, 32, 77, 182
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	28

C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	46
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	33, 35, 36, 37, 38
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	50
C21	Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia	75
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	72
C27	Tratamientos del TDAH	74
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	73
D1	La psicología de la salud: modelos y fundamentos	59
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	54, 60
D10	Dolor crónico y fibromialgia	57
D13	Cáncer y enfermedad terminal	58
D15	Asma bronquial	56
E1	Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica	106
E4	La entrevista	100, 104
E5	La observación sistemática	88, 89, 98, 105
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	108
E9	Las técnicas proyectivas	90, 97, 103
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	91, 93, 95, 99, 101, 102, 107
E11	Evaluación de la personalidad	94
F2	Factores comunes y relación terapéutica	55, 61
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	41
F14	Técnicas de relajación y respiración	66, 76
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	65, 67, 68
F17	Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas	49
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	51, 183
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	31
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	63
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	10, 13, 176
H6	Diferencias intergrupales: edad y género	14
H7	Herencia y ambiente	5, 9, 17
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	11, 15
H11	Estabilidad de la personalidad	12, 16
H15	Identidad personal: el self	8
I2	Atención	165, 166
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	164
I6	Memoria	167, 185

I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	7
I10	Emoción	6
J1	Teorías del desarrollo	4
J6	Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas	2
J8	Desarrollo moral	1
J10	Adultez y vejez	3
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	19
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	24, 25
K9	Sueño y ritmos biológicos	26, 27
K10	Conducta reproductora y diferenciación sexual	23
K12	Emoción y cognición social	20, 22
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	21
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	18
K17	Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones	131
K18	Psicofarmacología	34, 39
L2	Validez de la investigación y control de variables extrañas	163
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	162
L6	Diseños cuasiexperimentales	161
L12	Estadística descriptiva de tres o más variables	159
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	160
L17	Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)	158
L19	Construcción del test y teoría clásica de los tests	92
L20	Fiabilidad de los tests	157
L23	Teoría de respuesta al ítem	156
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	168
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	169, 175
M4	Influencia social y persuasión	172, 173
M6	Procesos de grupo	174
M8	Relaciones intergrupales	170, 171