ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2020

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 2020. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 2

Atendiendo a las características del diseño de covarianza, señale la afirmación INCORRECTA:

1 El análisis asociado a este diseño es el análisis de covarianza, el cual combina las ventajas del análisis de la varianza y el análisis de regresión.

2 Se trata de un diseño en el que se utiliza un procedimiento de control experimental sobre la variable perturbadora o covariable. ✓

3 Es un diseño que permite reducir la varianza de error e incrementar la potencia estadística.

4 Este diseño se utiliza en la metodología cuasiexperimental con el propósito de controlar el sesgo de selección.

El diseño de covarianza controla la covariable mediante un ajuste estadístico

Cuando el influjo de una variable extraña cuantitativa no se puede eliminar con procedimientos de control experimental, Balluerka y Vergara proponen controlarlo con ajustes en el análisis estadístico, mediante el **análisis de la covarianza (ANCOVA)**. La característica principal de los **diseños de covarianza** o con covariables es la aplicación de un **control estadístico**, que ajusta las puntuaciones de la variable dependiente y evita el sesgo sistemático que pueden ocasionar las covariables. Por eso la opción 2, que habla de control experimental sobre la covariable, es la incorrecta. El manual separa las dos vías: emparejamiento, bloqueo, anidamiento y sujeto como control propio son estrategias experimentales; el ANCOVA es el procedimiento estadístico más utilizado.

1 Balluerka y Vergara recogen, con palabras de Fisher (1925), que el análisis de la covarianza combina las ventajas e integra en un solo procedimiento el análisis de la regresión y el análisis de la varianza.

2 Es la afirmación falsa, porque el diseño de covarianza aplica un control estadístico, que se usa cuando el influjo de la variable extraña no puede eliminarse con procedimientos de control experimental.

3 En la investigación experimental, el ANCOVA permite reducir el error aleatorio e incrementar la precisión en la estimación de los efectos. El manual lo incluye entre las estrategias para reducir la varianza de error, que es la que resta sensibilidad o potencia al diseño.

4 En la investigación cuasiexperimental, el ANCOVA permite eliminar el sesgo sistemático derivado de las diferencias previas entre los grupos, consecuencia de la falta de aleatorización.

Trampa. Las opciones que cambian control estadístico por control experimental. El bloqueo y el emparejamiento son técnicas experimentales; el ANCOVA es la técnica estadística de control por excelencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 8, págs. 157 y 208-209. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.2.

EN EL ATLAS: Tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales. Se estudia con Balluerka (Ampliación) y Quintanilla (Base).

2

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

En el ámbito del análisis estadístico de los datos, en lo que respecta al tamaño del efecto, indique la afirmación INCORRECTA:

1. En un análisis de la varianza, la obtención de un valor de F estadísticamente significativo se corresponde siempre con un efecto importante. ✓
2. La prueba d de Cohen consiste en calcular la diferencia estandarizada entre medidas.
3. Para estimar la proporción de varianza explicada se desaconseja utilizar eta-cuadrado debido a que se trata de un estimador sesgado del tamaño del efecto.
4. El tamaño del efecto entre más de dos medias puede ser calculado mediante el estadístico f.

Una F significativa no garantiza que el efecto sea importante

Pardo y San Martín explican que el valor del estadístico **F** no depende solo del verdadero efecto del factor, sino también del tamaño de las muestras y del grado de variabilidad de las puntuaciones. Por eso, una F significativa «no necesariamente se corresponde con un efecto importante o un resultado relevante», y hace falta calcular **medidas del tamaño del efecto**. Las opciones 2 a 4 describen esas medidas: la **d de Cohen** para dos medias, la **f** de Cohen para más de dos y **eta-cuadrado**, que sobrestima la proporción de varianza común. Maciá ilustra la misma idea con dos grupos: un resultado puede ser significativo solo porque las muestras son muy grandes.

1. Es la afirmación incorrecta, porque el valor de F depende también del tamaño de las muestras y de la variabilidad de las puntuaciones, y la significación estadística no dice lo relevante que es el efecto.
2. El índice de Cohen (1988), al que el autor llamó d, también se conoce como diferencia tipificada: divide la distancia entre dos medias entre la desviación típica.
3. Eta-cuadrado tiende a ofrecer estimaciones sesgadas, en concreto sobrestima la verdadera proporción de varianza común, y por eso el manual considera preferibles las otras medidas de asociación.
4. Para más de dos medias, Cohen propuso la medida f, basada en el cociente entre la varianza de las medias y la varianza de las puntuaciones individuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 4, pág. 143; cap. 6, págs. 200-203. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 3, apdo. 3.7, págs. 115-116.

EN EL ATLAS

Tema L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor. Se estudia con Pardo II (Consulta). Maciá es Base del tema L15.

3

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 4

En el marco del análisis de la varianza con más de un factor, señale la afirmación INCORRECTA:

1. El estudio del efecto moderador de una tercera variable, en la relación entre una variable independiente y una variable dependiente, se puede analizar mediante el efecto de interacción entre dicha tercera variable y el factor o variable independiente.
2. Un efecto simple consiste en el efecto de un factor A cuando únicamente se tiene en cuenta un único nivel del otro factor B.
3. Cuando se obtiene un efecto de interacción estadísticamente significativo, la interpretación de los efectos principales implicados en dicha interacción supone un error de interpretación.
4. El análisis de los efectos simples no debe ser utilizado para interpretar una interacción estadísticamente significativa. ✓

Una interacción significativa se interpreta analizando los efectos simples

En un diseño factorial hay **interacción** cuando los **efectos simples** de una variable independiente no son los mismos en todos los niveles de la otra. Maciá propone una secuencia de análisis: tras la prueba ómnibus se comprueba si la interacción es significativa y, si lo es, se prueban los efectos simples y sus comparaciones por pares; los **efectos principales** se interpretan después a la luz de esos resultados. La opción 4 dice lo contrario y por eso es la incorrecta. Quintanilla añade que la **moderación** de una tercera variable sobre la relación entre VI y VD «también se conoce como efecto de interacción».

1. Quintanilla define las variables moderadoras como terceras variables que alteran la magnitud o el signo de la relación VI-VD, y precisa que esta moderación también se conoce como efecto de interacción.
2. Maciá llama efectos simples del factor A en el nivel b1 a las diferencias observadas en ese nivel del factor B.
3. Según Maciá, la presencia de interacción obliga a ir más allá de las conclusiones que se sacan de los efectos principales, que deben interpretarse teniendo en cuenta los niveles del otro factor.
4. Es la afirmación incorrecta, porque cuando la interacción es significativa el manual indica analizar cuáles de los efectos simples la explican.

Ojo. La opción 3 es tajante. Maciá no llama error a interpretar los efectos principales; dice que una interacción significativa «no supone que no prestemos atención a los efectos principales», sino que estos se interpretan teniendo en cuenta los efectos simples (pág. 229). La respuesta oficial se sostiene porque la opción 4 contradice el manual de forma directa.

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, 228-229 y 233. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 2, apdo. 2.2.2.1.

EN EL ATLAS

Tema L17 · Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores. Se estudia con Maciá (Base). Quintanilla es Ampliación del tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación.

4

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L1 · El método científico y las estrategias de investigación

Respuesta correcta: 3

En lo que respecta a las estrategias para seleccionar la muestra de una investigación, señale la afirmación INCORRECTA:

1. En el muestreo aleatorio estratificado se establecen restricciones a la selección totalmente aleatoria de la muestra.
2. El tamaño muestral puede ser delimitado respondiendo al objetivo de que la muestra sea representativa de la población de referencia y/o atendiendo a estudios de potencia a priori.
3. En el muestreo aleatorio estratificado, el procedimiento de afijación uniforme implica que los tamaños de los estratos son proporcionales a los tamaños poblacionales. ✓
4. El muestreo aleatorio por conglomerados implica que, en lugar de elementos individuales de la población, se utilizan conjuntos de elementos que puede considerarse que constituyen una unidad más amplia.

En la afijación simple cada estrato aporta el mismo número de participantes

En el **muestreo aleatorio estratificado** se extrae una muestra aleatoria simple de cada estrato, y antes hay que decidir el **criterio de afijación**, es decir, la regla de selección de los participantes entre los estratos. Quintanilla describe tres criterios: **simple**, con el mismo número de participantes en cada estrato; **proporcional**, según el peso de cada estrato en la población; y **óptima**, que tiene en cuenta además el grado de homogeneidad o heterogeneidad de cada estrato. La opción 3 atribuye a la afijación uniforme, que es la simple, lo que define a la proporcional.

1. La selección aleatoria se hace dentro de cada estrato y según un criterio de afijación decidido de antemano, de modo que el azar actúa con restricciones.
2. Quintanilla pide que la muestra sea representativa y suficientemente grande, y Pardo y San Martín señalan que las medidas del tamaño del efecto sirven para estimar la potencia de un contraste y elegir el tamaño muestral idóneo al planificar un estudio.
3. Es la afirmación incorrecta, porque la afijación uniforme o simple selecciona el mismo número de participantes en cada estrato; la selección proporcional al peso de cada estrato define la afijación proporcional.
4. El muestreo por conglomerados parte de grupos ya formados, como las clases de un colegio, en lugar de individuos, y los elementos de la muestra son conglomerados.

CRITERIOS DE AFIJACIÓN EN EL MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO

Criterio	Selección de los participantes
Simple	se selecciona el mismo número de participantes en cada estrato.
Proporcional	la selección de los participantes se realiza de forma proporcional al peso que cada estrato tiene en la población (p. ej., si en la población hay un 10% de zurdos y un 90% de diestros la muestra también contendría el 10% de zurdos y el 90% de diestros).
Óptima	la selección de la muestra tiene en cuenta no solo el peso de los estratos en la población sino también su grado de homogeneidad-heterogeneidad en la característica objeto de estudio, lo que lleva a seleccionar menos individuos de los estratos que sean muy homogéneos y más casos de aquellos estratos que sean más heterogéneos. La dificultad de aplicación de este tipo de muestreo está en la exigencia de conocer previamente el grado de homogeneidad-heterogeneidad de los estratos.

Fuente: Quintanilla et al. (2020), cap. 2, apdo. 2.2.3.2.1

Para fijarlo. Simple reparte a partes iguales, proporcional copia la población y óptima mira además cuánto varía cada estrato.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 2, apdos. 2.2.3.2 y 2.2.3.2.1; cap. 8, apdo. 8.4.1 (cuadro lateral sobre técnicas de muestreo). Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, pág. 203.

EN EL ATLAS

Tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación. Se estudia con Quintanilla (Ampliación). Quintanilla es Base del tema L8 · Encuesta y metodología observacional.

5

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

El diseño de bloques aleatorios NO tiene como objetivo:

1. Utilizar un proceso de aleatorización completo. ✓
2. Controlar una variable perturbadora mediante un procedimiento de estratificación.
3. Reducir la varianza de error y, por lo tanto, incrementar la potencia estadística.
4. Incrementar la homogeneidad en cada condición experimental.

El diseño de bloques restringe el azar en vez de aleatorizar por completo

En la **técnica de bloqueo** se forman bloques homogéneos de sujetos según sus puntuaciones en una variable extraña relevante, la **variable de bloqueo**, y después se asignan al azar los sujetos de cada bloque a las condiciones de tratamiento. Balluerka y Vergara subrayan que esto supone «aplicar una **restricción al azar**», y por eso estos diseños se llaman también parcialmente aleatorizados. Su finalidad es eliminar una fuente de variabilidad extraña ligada a los sujetos, crear grupos homogéneos y **reducir la varianza de error**, lo que aumenta la precisión. La aleatorización como única técnica de control es lo propio de los diseños totalmente aleatorios.

1. Es lo que el diseño de bloques no persigue, porque los sujetos se asignan al azar solo dentro de cada bloque y por eso se habla de diseños parcialmente aleatorizados.
2. Los sujetos de cada bloque proceden de un determinado estrato de la población y presentan valores similares en la variable de bloqueo, que sirve para agruparlos.
3. El manual define estos diseños por su objetivo de reducir el término residual del análisis de la varianza; los diseños que solo usan la aleatorización generan mucha varianza de error y pierden sensibilidad o potencia.
4. La creación de grupos de sujetos equivalentes u homogéneos es lo que permite eliminar una potencial fuente de variabilidad extraña relacionada con los propios sujetos.

> **Para fijarlo.** Bloquear es agrupar antes de sortear: primero bloques homogéneos y después azar dentro de cada bloque.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 8, apdo. 8.1.1, págs. 157-158. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.3.2.

EN EL ATLAS

Tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales. Se estudia con Balluerka (Ampliación) y Quintanilla (Base).

6

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes pruebas se emplea para comprobar el supuesto de esferidad en el análisis de varianza de medidas repetidas?:

1. Shaphiro-Wilks.
2. Levene.
3. Mantel-Haenszel.
4. Mauchly. ✓

La prueba de Mauchly comprueba la esfericidad en el ANOVA de medidas repetidas

En el ANOVA de un factor con **medidas repetidas** se asumen independencia, normalidad e igualdad de varianzas, y además que el efecto del factor no depende de los sujetos. De ahí se deduce la **esfericidad** o circularidad: que sean iguales las varianzas de las diferencias entre cada par de medidas. Pardo y San Martín advierten que con medidas repetidas la esfericidad es más la excepción que la regla y que, si no se cumple, el estadístico F se vuelve liberal. Para comprobarla, el procedimiento más popular, aunque no el más recomendable, es la **prueba de Mauchly** (1940), la que incluye el SPSS. Las demás opciones chequean otros supuestos.

1. La prueba de Shapiro-Wilk contrasta la normalidad, junto con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors.
2. La prueba de Levene (1960) contrasta la igualdad de varianzas y es uno de los procedimientos robustos frente al incumplimiento de la normalidad.
3. Los estadísticos de Cochran y de Mantel-Haenszel combinan varias tablas 2 × 2 para analizar la relación entre dos variables categóricas controlando el efecto de terceras variables.
4. Es la prueba que contrasta la hipótesis nula de que la matriz de varianzas-covarianzas de las medidas repetidas es esférica.

Ojo. El enunciado dice «esferidad» por esfericidad. La Base del tema (Maciá, cap. 6, págs. 196-197) plantea para el diseño intrasujetos la simetría compuesta (varianzas iguales y covarianzas iguales) y no trata la prueba de Mauchly, que no aparece en todo el libro; la prueba se estudia en Pardo II, cap. 8, Consulta del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 8, págs. 303-304 y 310; cap. 2, pág. 65; cap. 6, pág. 198; cap. 3, pág. 111. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 196-197.

EN EL ATLAS

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

7 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 4

La función de información del test en la Teoría de respuesta al ítem (TRI) juega un papel "equivalente" al que en la Teoría clásica de los test (TCT) juega:

1 El índice de dificultad.

2 El coeficiente de validez.

3 El índice de discriminación.

4 El coeficiente de fiabilidad. ✓

La función de información de la TRI cumple el papel de la fiabilidad clásica

Muñiz compara la teoría clásica y la **TRI** en un cuadro. Para los **errores de medida**, la teoría clásica ofrece un **error típico de medida** común para toda la muestra, mientras que la TRI usa la **función de información**, que varía según el nivel en la variable medida. La función de información de un test para un valor de θ es la inversa de la varianza de sus errores de estimación, de modo que a más información, menos error. Ya en el capítulo de **fiabilidad**, Muñiz anticipa que en la TRI «la precisión a lo largo de la escala de la variable medida vendrá dada por una curva denominada función de información». Es el papel que en la teoría clásica cumple la fiabilidad.

1 El índice de dificultad es, con el de discriminación, uno de los dos índices clásicos para describir los ítems; en la TRI los ítems se describen con los parámetros a, b y c.

2 La validez se refiere a lo que mide el test; el cuadro de Muñiz asigna la función de información a los errores de medida, el terreno que en la teoría clásica ocupan la fiabilidad y el error típico de medida.

3 El índice de discriminación también pertenece a la descripción de los ítems, que en la TRI corresponde a los parámetros a, b y c.

4 La fiabilidad expresa la precisión de las medidas en la teoría clásica, y en la TRI esa precisión la da la función de información, que además varía con el nivel θ.

ALGUNAS 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, cuadro sin numerar, pág. 204

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, págs. 203-204, 206 y 233-234; cap. 2, págs. 30 y 39.

EN EL ATLAS

Tema L23 · Teoría de respuesta al ítem. Se estudia con Muñiz (Base). Muñiz es Base del tema L20 · Fiabilidad de los tests.

8

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 4

En el contexto del análisis de datos, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Si en un estudio se realizan varios contrastes simultáneos o independientes, la tasa de error de tipo I se incrementa con respecto al nivel nominal planteado.
2. El procedimiento HSD de Tukey es un procedimiento dirigido a realizar comparaciones entre pares de medias, cuando estas comparaciones son simples y están formuladas a posteriori.
3. La corrección de Bonferroni es el método más apropiado para controlar la tasa de error de tipo I por familia de comparaciones, cuando se pretende analizar un subconjunto de todas las posibles comparaciones, y éstas están formuladas a priori.
4. Cuando se pretende comparar un grupo de control frente al resto de condiciones experimentales, la prueba más adecuada para controlar el error de tipo I es la prueba de Newman-Keuls. ✓

Para comparar cada grupo con el control, la prueba indicada es la de Dunnett

Cuando la F del ANOVA es significativa se recurre a **comparaciones múltiples**, con el inconveniente de que, a medida que aumenta el número de contrastes, crece la probabilidad de cometer un **error de tipo I**. Balluerka y Vergara recomiendan la **HSD de Tukey** por su sencillez para comparar pares de medias, el método de **Bonferroni** cuando el investigador solo está interesado en algunas de las posibles comparaciones y, si las comparaciones se establecen entre un grupo de control y el resto de condiciones, la **prueba de Dunnett**. De Newman-Keuls, Duncan y Fisher dicen que no controlan adecuadamente la tasa de error nominal y que su uso no es recomendable.

1. Con c comparaciones, la probabilidad de cometer al menos un error de tipo I es $\alpha = 1 - (1 - \alpha')^c$; con cuatro comparaciones y $\alpha' = 0{,}05$ llega a 0,1855.
2. La HSD de Tukey hace comparaciones dos a dos y controla la tasa de error referida a la familia; el manual la incluye entre las comparaciones no planificadas o a posteriori.
3. El método de Bonferroni es muy adecuado cuando solo interesan algunas de las posibles comparaciones, y en la tabla 6.5 figura para comparaciones planificadas.
4. Es la afirmación incorrecta, porque para comparar un grupo de control con el resto de condiciones el procedimiento más apropiado es el de Dunnett, y Newman-Keuls no controla adecuadamente la tasa de error.

> **Trampa.** Las opciones que mezclan el momento de la comparación con su fin. Bonferroni y Dunn sirven para comparaciones planificadas, Tukey y Scheffé para comparaciones a posteriori y Dunnett para contrastar cada grupo con el de control.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, apdo. 6.2.2.4, págs. 67-70, y tabla 6.5, págs. 71-73. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 5, apdo. 5.6, págs. 175-176.

EN EL ATLAS

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

9 PSICOLOGÍA BÁSICA

I9 · Motivación

Respuesta correcta: 3

En el proceso de satisfacción de las necesidades biológicas, el sistema fisiológico encargado de interrumpir la homeostasis, una vez que el cuerpo ha llegado al equilibrio en la función alterada, se denomina:

1 Realimentación o retroacción de resolución.

2 Realimentación o retroacción deferente.

3 Realimentación o retroacción negativa. ✓

4 Realimentación o retroacción activa.

La retroacción negativa detiene la conducta motivada cuando se recupera el equilibrio

Palmero presenta la **homeostasis** como un equilibrio dinámico. Cuando una variable se aleja de sus umbrales, se activan mecanismos fisiológicos y, si no bastan, la conducta motivada, hasta recuperar el equilibrio. La **retroacción negativa** es el mecanismo que permite detener un proceso en marcha, de modo que el intento de corregir la deficiencia se detiene cuando la variable alcanza los valores apropiados. El manual la define como «un sistema de detención fisiológica que pone fin a una **pulsión**»: la pulsión inicia la **conducta motivada** y la retroacción negativa la detiene.

1 «Retroacción de resolución» no figura entre los conceptos de la motivación que expone el manual en ese apartado (necesidad, pulsión, homeostasis, retroacción negativa y fases de aproximación y consumatoria).

2 «Retroacción deferente» tampoco figura; el mecanismo de detención se llama retroacción negativa.

3 Es el mecanismo que detiene el proceso iniciado para corregir la deficiencia cuando la variable alcanza los valores apropiados.

4 «Retroacción activa» no es un término del manual; al hablar de la activación, Palmero distingue subcircuitos de retroacción positiva y de retroacción negativa.

Para fijarlo. La pulsión arranca la conducta y la retroacción negativa la apaga.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Cap. 1, apdo. 1.5, págs. 30-31; cap. 2, pág. 53.

EN EL ATLAS

Tema I9 · Motivación. Se estudia con Palmero (Base).

10 PSICOLOGÍA BÁSICA

I8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 2

En el estudio de procesamiento de las anáforas pronominales ambiguas ¿en qué momento se ha establecido (Geinsbacher, 1989) que se produce la resolución anafórica?:

1. En el mismo momento que se produce la resolución de la anáfora de repetición.
2. En el momento en que se procesa el final de la frase y se integran los componentes oracionales. ✓
3. Inmediatamente después de que se produzca el reconocimiento del pronombre anafórico.
4. En un momento variable a partir del reconocimiento del elemento pronominal y en función de la estrategia decidida por el sujeto.

Gernsbacher halló que la anáfora pronominal ambigua se resuelve al final de la oración

Una **anáfora** es una palabra referida a un concepto mencionado antes, y el lector debe resolver cuál es su antecedente para integrar las oraciones. Gernsbacher (1989) presentó oraciones palabra a palabra con **anáforas de repetición** («pero Eva») y con **anáforas pronominales ambiguas** («pero ella») y midió en tres posiciones el tiempo para verificar el nombre referente y el no referente. Con la repetición, el referente se verificaba antes justo después de la anáfora. Con el pronombre ambiguo, la ambigüedad «no se resuelve inmediatamente, sino que se aplaza al **final de la oración**». Además, al resolverse, se enlentece la respuesta ante el no referente.

1. La anáfora de repetición se resuelve en cuanto aparece el nombre repetido, mientras que la pronominal ambigua se resuelve más tarde.
2. Es el resultado de Gernsbacher, ya que solo en la posición final de la oración el referente se verificaba más rápido que el no referente.
3. Justo después del pronombre ambiguo, el referente y el no referente se verificaban igual de rápido, es decir, seguían igualmente activados.
4. El experimento sitúa la resolución en un punto concreto, el final de la oración, y el manual no la hace depender de una estrategia elegida por el lector.

Para fijarlo. «Eva» se resuelve al oír «Eva»; «ella» espera al punto final.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 8, págs. 205-206 (figura 8-4).

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

11

PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 4

¿Qué es cierto según el modelo de filtro rígido de Donald Broadbent (1958)?:

1. Toda la información almacenada en el sistema S es la que consigue traspasar el filtro y llegar a la memoria a largo plazo.
2. El filtro es el mecanismo que determina qué información pasará a almacenarse temporalmente en el sistema S.
3. El filtro actúa tardíamente, una vez que toda la información se ha procesado en paralelo en el canal de capacidad limitada.
4. Solo la información que pasa el filtro es procesada por el canal de capacidad limitada y es ésta la información que se hace consciente para el sujeto. ✓

En el filtro de Broadbent solo lo que atraviesa el filtro llega al canal de capacidad limitada

Broadbent (1958) propuso la primera teoría de la **atención selectiva**. Toda la información de los sentidos se procesa al principio en paralelo y se retiene brevemente en un **almacén a corto plazo**. Para evitar la sobrecarga, un **filtro selectivo** escoge un canal según propiedades físicas (localización, tono o intensidad) y bloquea el resto. Solo la información seleccionada accede al **canal de capacidad limitada**, donde se identifica y se analiza su significado, ya con procesamiento serial. Es un modelo de **selección temprana**, porque la selección ocurre antes del análisis semántico.

1. Toda la información de los sentidos entra en el almacén a corto plazo, y de ella solo atraviesa el filtro la que este selecciona; el resto se pierde.
2. El filtro está después del almacén a corto plazo, porque la información llega a ese almacén antes de ser filtrada y el filtro decide qué pasa al canal central.
3. Broadbent sitúa la selección en fases tempranas, antes del análisis semántico; el procesamiento en paralelo ocurre antes del filtro y el del canal central es serial.
4. Solo la información seleccionada por el filtro se procesa en el canal o sistema perceptual de capacidad limitada, donde se identifica y se analiza su significado.

Ojo. El enunciado llama «sistema S» al almacén inicial; Johnson y Proctor lo llaman almacén a corto plazo (figura 3.1) y Fernández-Abascal, memoria sensorial. La opción 4 habla de información que se hace consciente; los manuales dicen que en el canal de capacidad limitada la información se identifica o se analiza su significado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, apdo. 3.1.1, págs. 57-59.
Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 3, págs. 90-91 (figura 3.1).

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Fernández-Abascal Procesos (Base) y Johnson y Proctor (Ampliación).

12 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 1

¿Qué consecuencia provoca la estimulación eléctrica cerebral del haz prosencefálico medial?:

1. En humanos, sentimientos positivos en general. ✓
2. Parálisis muscular, imposibilitando toda respuesta motora relacionada con la expresión emocional.
3. Respuestas aversivas de lucha-huida.
4. Indiferencia ante los estímulos externos.

La estimulación del haz prosencefálico medial tiene efectos reforzantes

Desde que Olds y Milner (1954) descubrieron que las ratas aprendían a estimularse eléctricamente algunas regiones cerebrales, la **autoestimulación eléctrica intracraneal** sirve para estudiar el sustrato del refuerzo. Redolar señala que la estimulación eléctrica de algunas zonas del cerebro puede resultar **placentera** para diferentes especies y también para el ser humano, como mostró en los años sesenta un grupo de la Universidad de Tulane. Entre los sustratos neurales del refuerzo figura el **haz prosencefálico medial**, cuyas proyecciones descendentes, sobre todo dopaminérgicas, se relacionan con el **efecto reforzador** de los estímulos. Carlson añade que su estimulación libera dopamina en el núcleo accumbens.

1. La estimulación del haz tiene efectos reforzantes, y en el ser humano la estimulación eléctrica de algunas áreas cerebrales resulta placentera.
2. En los estudios de autoestimulación los animales aprenden una tarea operante para recibir la estimulación, de modo que esta refuerza la conducta.
3. La lucha-huida es una respuesta aversiva, mientras que la estimulación del haz prosencefálico medial se busca activamente porque es reforzante.
4. Las ratas de Olds y Milner volvían cada vez más deprisa al lugar donde recibían la estimulación, lo contrario de la indiferencia.

Ojo. En las páginas citadas, Redolar atribuye los efectos placenteros en humanos a la estimulación de «diferentes áreas del cerebro humano» (estudios de Tulane), sin nombrar expresamente el haz prosencefálico medial; el carácter reforzante del haz lo documentan Redolar (figura 21-7) y Carlson (pág. 414 y glosario).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 21, págs. 539 y 545 (figura 21-7). Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, pág. 414, y glosario, pág. 621.

EN EL ATLAS

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

13

PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 2

En la tarea de seguimiento (también denominada “sombreado”) ideada por Cherry (1953) se presentaron dos mensajes de forma dicótica, es decir, uno por cada oído/canal, y los participantes debían repetir en voz alta el mensaje del oído/canal atendido. Cuando se preguntó por el recuerdo del mensaje ignorado (desatendido) ¿qué recordaron los participantes haber detectado?:

1. Un cambio de idioma.
2. Un cambio de voz del hablante de masculina a femenina o viceversa. ✓
3. Un cambio en el significado del mensaje.
4. La repetición de la grabación.

En el sombreado de Cherry se detectaba el cambio de voz en el oído ignorado

Cherry (1953) fue el primero en aplicar la **escucha dicótica** al estudio de la atención. Los sujetos debían **sombrear**, es decir, repetir sin demora, el mensaje de un oído e ignorar el otro. Al preguntarles por el **mensaje no atendido**, apenas podían informar de su contenido, y casi ninguno detectó el cambio de idioma del inglés al alemán. Sí advirtieron el cambio de **género del hablante**, de hombre a mujer, y un tono de 400 Hz. Johnson y Proctor concluyen que se detectaban propiedades físicas del mensaje ignorado, pero no el lenguaje, las palabras ni el contenido semántico, lo que favorecía las teorías de **selección temprana**.

1. Casi ningún sujeto detectó el paso del inglés al alemán en el oído no atendido.
2. El cambio de voz de hombre a mujer, que es un cambio de tono, sí se advertía, igual que un tono puro de 400 Hz.
3. El contenido semántico del mensaje ignorado pasaba desapercibido.
4. La repetición remite a Moray (1959), que presentó treinta y cinco veces una lista en el oído no atendido y halló que se recordaba tan poco como palabras nunca presentadas.

Ojo. Johnson y Proctor añaden que, si el oído no atendido recibía el mismo mensaje que el atendido con un desfase de pocos segundos, los sujetos notaban la semejanza (Cherry, 1953; Treisman, 1964b). Es otra manipulación, distinta del recuerdo del mensaje ignorado por el que pregunta el enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Cap. 4, págs. 130-131 y 133. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, apdo. 3.1, págs. 57 y 59.

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación) y Fernández-Abascal Procesos (Base).

14 PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 2

Con respecto a la extinción indique la respuesta correcta:

1. La extinción produce más reacciones de frustración si está en activo un programa de reforzamiento parcial en lugar de uno continuo antes de que se introduzca el procedimiento de extinción.
2. Implica el aprendizaje de algo nuevo (ausencia de asociación EC-EI) que se superpone sobre lo que se aprendió antes. ✓
3. Se produce mucho mejor (extinción más rápida de la conducta condicionada) cuando la adquisición es con refuerzo parcial que cuando es con refuerzo continuo.
4. La extinción siempre funciona bien en situaciones de terapia de conducta en donde la conducta problemática se adquiere por condicionamiento.

La extinción añade un aprendizaje inhibitorio nuevo sin borrar el original

La **extinción** consiste en omitir el EI tras el EC, o el reforzador tras la respuesta instrumental, y hace que la respuesta condicionada disminuya. Domjan explica que rara vez revierte la adquisición: la **recuperación espontánea**, la **renovación** y el **restablecimiento** muestran que no borra lo aprendido. En lugar de borrar el viejo aprendizaje, la extinción parece involucrar el **nuevo aprendizaje de una asociación inhibitoria**, que surge de la frustración ante la falta inesperada de recompensa. Esa idea es la que recoge la opción 2.

1. Con un programa previo de reforzamiento parcial la extinción es mucho más lenta e involucra menos reacciones de frustración; es el efecto del reforzamiento parcial en la extinción.
2. En lugar de borrar el viejo aprendizaje, la extinción parece involucrar el nuevo aprendizaje de una asociación inhibitoria.
3. Tras el reforzamiento parcial la extinción es más lenta, por el mismo efecto del reforzamiento parcial en la extinción (ERPE).
4. Domjan considera una mala noticia para la terapia de exposición que la extinción no borre lo aprendido, porque la renovación y el restablecimiento permiten que el temor extinguido en consulta reaparezca.

> **Trampa.** Los efectos paradójicos de la recompensa. Más entrenamiento, recompensas más grandes y reforzamiento continuo producen una extinción más rápida, y el reforzamiento parcial, una extinción más lenta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 9, págs. 300, 311-312, 316 y 323.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 209

15 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes términos puede utilizarse para denominar la tendencia a atribuir la causa de la conducta de otras personas a rasgos de personalidad relativamente estables?:

1 Creencia en el mundo justo.

2 Sesgo de disponibilidad.

3 Sesgo de correspondencia. ✓

4 Efecto del falso consenso.

Atribuir la conducta ajena a disposiciones estables es el sesgo de correspondencia

Gaviria explica que primero se usó el término **error fundamental de atribución** (Ross, 1977) para la tendencia a enfatizar las explicaciones basadas en características disposicionales del actor frente a las basadas en el entorno. Como el sesgo es muy común pero dista de ser universal, los autores consideran más conveniente llamarlo **sesgo de correspondencia** (Gilbert y Malone, 1995), y lo ilustran con el experimento de Jones y Harris (1967). El manual lo vincula a la **motivación de control**, porque pensar que la acción de una persona se debe a causas estables y duraderas, como sus **rasgos de personalidad**, ayuda a creer que se controla lo que sucede.

1 La creencia en un mundo justo es la idea de que cada uno tiene lo que se merece; Gaviria la relaciona con las atribuciones disposicionales porque puede favorecer explicaciones que culpabilizan a las víctimas.

2 El heurístico de accesibilidad o disponibilidad estima la probabilidad o la frecuencia de un suceso según la facilidad con la que vienen a la mente ejemplos de él.

3 Es el nombre que el manual prefiere para la tendencia a explicar la conducta basándose en las disposiciones del actor.

4 En el efecto de falso consenso las personas creen que sus opiniones son las de la mayoría y que los demás se comportarían igual que ellas.

> **Para fijarlo.** Correspondencia entre lo que alguien hace y lo que se supone que es: si actúa con hostilidad, se le cree hostil.

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. 103 y 107; cap. 3, págs. 63-64.

EN EL ATLAS

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

16

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 2

¿Cuáles son las tres dimensiones que contempla la Teoría de atribución de Weiner?:

1 Consistencia, distintividad y consenso.

2 Locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad. ✓

3 Relevancia hedónica, personalismo y deseabilidad social.

4 Representatividad, accesibilidad y anclaje.

Weiner clasifica las causas por locus, estabilidad y controlabilidad

La teoría de **Weiner** deriva del trabajo de Heider y es un modelo integrador de las atribuciones en contextos de logro. Bermúdez explica que Weiner clasificó primero las cuatro causas de Heider (capacidad, motivación, dificultad de la tarea y suerte) en dos dimensiones: **locus de causalidad**, interno o externo, y **estabilidad**. Después incorporó una tercera, la **controlabilidad**, que recoge el grado en que la persona controla las causas de su conducta. Gaviria describe las mismas tres dimensiones y su efecto en las emociones y en las expectativas de éxito o fracaso.

1. Consenso, distintividad y consistencia son los tres tipos de información del modelo de covariación de Kelley que describe Gaviria.
2. Son las tres dimensiones del modelo de Weiner.
3. La relevancia hedónica y el personalismo son factores motivacionales que, según Gaviria, influyen en las inferencias correspondientes de Jones y Davis.
4. Representatividad, accesibilidad o disponibilidad y anclaje y ajuste son heurísticos de la cognición social.

TABLA 8.6. EJEMPLOS DE FACTORES CAUSALES Y SU CONSIDERACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS DIMENSIONES ATRIBUTIVAS PROPUESTAS POR WEINER

Factor causal	Locus de causalidad	Estabilidad	Controlabilidad
Capacidad	Interno	Estable	Incontrolable
Esfuerzo	Interno	Inestable	Controlable
Estado de ánimo	Interno	Inestable	Incontrolable
Dificultad	Externo	Estable	Incontrolable
Suerte	Externo	Inestable	Incontrolable
Ayuda esperada de otros	Externo	Estable	Controlable

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 8, tabla 8.6, pág. 356

Trampa. Las opciones que reúnen tríos de conceptos de otras teorías de la atribución. Consenso, distintividad y consistencia son de Kelley; relevancia hedónica y personalismo, de Jones y Davis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, apdo. 3.2.1, págs. 355-356 (tabla 8.6). Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 98-99 y 108-109.

EN EL ATLAS

Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base). Gaviria es Base del tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución.

17 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una de las dimensiones contempladas en la Teoría de contingencia del liderazgo de Fiedler?:

1 Calidad de las relaciones líder-miembro.

2 Claridad de la estructura de tarea.

3 Poder del líder.

4 Nivel de cohesión grupal previo. ✓

El modelo de Fiedler combina tres factores situacionales con la orientación del líder

Las **teorías de la contingencia** del liderazgo parten de que el rendimiento de un grupo depende de las características del líder y de variables situacionales. Molero expone que para **Fiedler** (1967) la efectividad del liderazgo depende de combinar **factores situacionales** con características personales del líder. Los factores situacionales son la relación, buena o mala, del líder con el grupo (atmósfera grupal), el grado de **estructuración de la tarea** y el **poder del líder** para otorgar recompensas. Las características personales son su orientación a la tarea o a las relaciones. La cohesión previa del grupo no figura en el modelo.

1. La relación, buena o mala, del líder con el grupo es uno de los tres factores situacionales del modelo.
2. El grado de estructuración de la tarea es otro de los factores situacionales.
3. El poder del líder para otorgar recompensas completa los tres factores situacionales.
4. Es la que sobra, porque la cohesión grupal no figura entre los factores del modelo; Molero la trata en otros capítulos, por ejemplo en el pensamiento de grupo de Janis, propio de grupos cohesivos.

> **Para fijarlo.** En Fiedler manda la situación: relación con el grupo, tarea estructurada y poder para recompensar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 5, apdos. 3.2 y 3.2.1, págs. 160-161; cap. 8, apdo. 4.2, pág. 261.

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

18 PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 2

¿Qué proceso psicosocial contribuye a explicar la aparición de estereotipos negativos hacia los grupos minoritarios?:

1 Subtipificación.

2 Correlación ilusoria. ✓

3 Identidad dual.

4 Mera exposición.

La correlación ilusoria asocia grupos minoritarios con conductas infrecuentes y negativas

La **correlación ilusoria** consiste en sobreestimar el grado en que se relacionan dos sucesos o características. Gaviria la presenta en el capítulo de cognición social, explicada por el **heurístico de disponibilidad**, como uno de los mecanismos que explican el origen de los **estereotipos**. En el capítulo de estereotipos añade que se ha explicado por la **distintividad** de determinados grupos y atributos, sobre todo de las características negativas. Por lo general, la relación se establece entre miembros de grupos con bajo estatus o **minoritarios** y conductas infrecuentes, que suelen ser negativas, y esa asociación pasa a formar parte del estereotipo del grupo.

1 La subtipificación consiste en incluir a quien no encaja con el estereotipo en un subtipo, una subcategoría especial, y el manual la cuenta entre los procesos que impiden que los estereotipos cambien.

2 Es el proceso que el manual relaciona con la aparición de estereotipos negativos hacia grupos minoritarios.

3 La identidad dual hace salientes a la vez la identidad inicial y la supraordenada; el modelo de la identidad endogrupal común la usa para mejorar las relaciones entre grupos.

4 El efecto de mera exposición es el aumento de la favorabilidad hacia un estímulo neutro por la exposición repetida a él.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 310-311; cap. 3, pág. 65; cap. 6, pág. 157; cap. 13, pág. 378.

EN EL ATLAS

Tema M7 · Estereotipos y prejuicio. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución.

19 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina la táctica persuasiva consistente en conseguir la aceptación de una petición y luego desvelar que tiene costes adicionales ocultos?:

1 Táctica del portazo en la cara.

2 Táctica del pie en la puerta.

3 Táctica de la bola baja. ✓

4 Táctica de congraciamiento.

La bola baja consigue un compromiso y después revela sus costes ocultos

Gaviria agrupa las **tácticas de influencia** según el principio en que se basan. La **bola baja** se apoya en el principio de **coherencia**: busca que la persona se comprometa a realizar una conducta a partir de una información falsa o incompleta. Cuando después recibe la información adecuada, tiende a mantener su compromiso inicial aunque ya no le reporte los beneficios que esperaba. En el experimento de Cialdini y colaboradores (1978), nadie del grupo de bola baja se borró del curso al saber que empezaba a las 7 de la mañana. El nombre alude a una bola baja que derriba la base del compromiso, que aun así se mantiene.

1 El portazo en la cara, o rechazo-retirada, empieza con una petición de un gran favor para pedir después otro menor, y se basa en las concesiones mutuas.

2 El pie en la puerta consigue un compromiso inicial pequeño para que después sea más fácil aceptar peticiones que vayan en la misma línea.

3 Es la táctica descrita, porque la persona se compromete con una información incompleta y mantiene su decisión cuando se le revela el coste real.

4 El congraciamiento es una estrategia de manejo de la impresión que busca influir en quien percibe mediante intentos de ensalzamiento del otro.

Trampa. Las tácticas basadas en la coherencia (pie en la puerta, bola baja, incluso un penique es suficiente) frente a las basadas en la reciprocidad (esto no es todo, portazo en la cara).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 186-189; cap. 4, pág. 93; glosario, pág. 410.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 67

20

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Cuando el niño no es capaz de resolver por sí mismo un determinado problema, pero lo hace si cuenta con la ayuda y motivación de adultos o compañeros más capaces, podemos afirmar que ese problema:

1. Evidencia un estilo de pensamiento dependiente.
2. No corresponde al estadio de desarrollo en el que está el niño.
3. Está dentro de la zona de desarrollo próximo (o proximal) del niño. ✓
4. Necesita ser asimilado, más que acomodado, por el niño.

Lo que el niño logra con la guía de otros está en su zona de desarrollo próximo

La **teoría sociocultural** de Vygotsky describe el desarrollo cognoscitivo como un proceso colaborativo, en el que los niños aprenden en la interacción social. Según Papalia y Martorell, los adultos o compañeros más avanzados deben ayudar a dirigir y organizar el aprendizaje del niño para que este pueda dominarlo e internalizarlo. Esa guía es más eficaz para que crucen la **zona de desarrollo próximo** (ZDP), «la brecha que hay entre lo que pueden hacer y lo que todavía no están listos para conseguir por ellos mismos, pero que pueden lograr con la guía adecuada». El apoyo que se les da para ello se llama **andamiaje**.

1. «Estilo de pensamiento dependiente» no es un concepto de la teoría de Vygotsky; el manual describe la ayuda de otros como andamiaje.
2. Los estadios son la forma en que Piaget describe el desarrollo cognoscitivo; la ZDP se define por lo que el niño logra con ayuda.
3. Es la definición de zona de desarrollo próximo.
4. Asimilación y acomodación son términos de Piaget para la adaptación de los esquemas a la información nueva sobre el ambiente.

Ojo. El Atlas estudia las teorías del desarrollo en la 11.ª ed. de Papalia (Base del tema J1, cap. 2), que da la misma definición con el término «zona de desarrollo proximal» (pág. 37).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 30-31; cap. 7, pág. 218. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 37.

EN EL ATLAS

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

21 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 3

El procedimiento de laboratorio, propuesto por Mary Ainsworth, que se suele utilizar para evaluar la calidad del apego que muestran los niños se denomina:

1 Abismo visual.

2 Experimento emocional.

3 Situación extraña. ✓

4 Observación sistemática del lazo afectivo.

La situación extraña de Ainsworth evalúa en el laboratorio los patrones de apego

García Madruga y Delval explican que Ainsworth y sus colaboradores diseñaron un procedimiento de observación para evaluar el grado de seguridad que el niño deposita en la madre: la **situación extraña** (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Su diseño enfrenta dos sistemas de comportamiento antagónicos, la **exploración** del entorno y el **apego**. Papalia y Martorell la describen como una técnica tradicional de laboratorio para evaluar los **patrones de apego** entre un lactante y un adulto: la madre deja dos veces al bebé en una habitación desconocida, la primera con un extraño, y lo que más interesa es la respuesta del niño cuando ella regresa.

1 El abismo visual es el aparato de Walk y Gibson para valorar la percepción de la profundidad en los lactantes.

2 «Experimento emocional» no es el nombre que dan los manuales al procedimiento de Ainsworth.

3 Es el procedimiento de laboratorio de Ainsworth para evaluar el apego.

4 «Observación sistemática del lazo afectivo» no es un procedimiento descrito en los manuales; Ainsworth lo llamó situación extraña.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 4, apdo. 3.3 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 171; cap. 4, pág. 119.

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

22

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 1

El pensamiento posformal, un estilo de pensamiento que algunos jóvenes y adultos son capaces de alcanzar, presenta entre sus características la siguiente:

1. Capacidad para combinar elementos contradictorios en un todo global. ✓
2. Aplicación correcta y estricta de las leyes del pensamiento científico y de la lógica.
3. Capacidad para resolver problemas de combinatoria.
4. Capacidad para tomar decisiones rápidas guiadas por la intuición.

El pensamiento posformal integra ideas contradictorias en una visión relativista

Diversos autores han cuestionado que las operaciones formales sean el último estadio del desarrollo y han propuesto un **pensamiento posformal**. Según García Madruga y Delval, surge en contextos complejos de la vida adulta, con problemas mal definidos y aspectos cognitivos y afectivos entrelazados, y sería capaz de admitir **contradicciones** e incluso de integrarlas dialécticamente en una nueva estructura. Papalia y Martorell lo caracterizan por la capacidad para lidiar con incongruencias y contradicciones, la **flexibilidad**, el uso de la intuición y la emoción junto a la lógica y el **relativismo**, que permite conciliar o elegir entre ideas contradictorias.

1. Es una de sus características, porque el pensamiento posformal admite contradicciones y las integra en una nueva estructura.
2. El pensamiento posformal va más allá del carácter lógico y objetivo del pensamiento formal, y en ciertas ocasiones la lógica formal es solo una de las herramientas posibles.
3. La naturaleza combinatoria, formular todas las combinaciones posibles de las variables de un problema, es una característica del pensamiento formal del adolescente.
4. El pensamiento posformal recurre a la intuición y a la emoción junto con la lógica para afrontar situaciones ambiguas y poco estructuradas.

Ojo. García Madruga y Delval matizan que no parecen existir estadios posformales en sentido estricto, aunque sí un pensamiento que va más allá del formal y que no se da necesariamente en todos los adultos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 13, apdo. 2.1; cap. 12, apdo. 3 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 396-398.

EN EL ATLAS

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

23

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 3

Al llegar a la vejez, uno de los desafíos que se plantean es dar sentido a lo ya vivido y aceptar la finitud de la vida y la muerte. A este desafío Erikson lo denominó:

1 Generatividad.

2 Sabiduría.

3 Integridad. ✓

4 Trascendencia.

Erikson llamó integridad al reto de aceptar la propia vida y la muerte en la vejez

En la octava y última etapa de Erikson, **integridad del yo frente a desesperación**, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida a fin de aceptar su muerte. Papalia y Martorell explican que quienes lo logran sienten que su vida tuvo un significado, y que la virtud que puede cultivarse es la **sabiduría**. García Madruga y Delval lo describen como una evaluación global en la que la trayectoria vital cobra sentido; quien cae en la **desesperación** querría dar marcha atrás y tomar otras decisiones. La **generatividad** corresponde a la etapa anterior, la adultez media.

1. La generatividad frente al estancamiento es la etapa del adulto medio, centrada en comprometerse con los otros, el trabajo y los hijos.
2. La sabiduría es la cualidad o virtud que se desarrolla en la última etapa cuando se resuelve hacia la integridad.
3. Es el polo positivo de la última etapa de Erikson, integridad del yo frente a desesperación.
4. Ninguno de los dos manuales incluye la trascendencia entre las etapas de Erikson; Papalia y Martorell la mencionan, citando a Kramer, como algo a lo que puede conducir la sabiduría.

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. Confundir la etapa con la virtud que deja. Integridad es la etapa (frente a desesperación) y sabiduría, su cualidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 18, pág. 529; cap. 17, pág. 525. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 14, apdo. 2.1, tabla 14.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

24 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 4

La enfermedad de Parkinson resulta de un proceso degenerativo de las neuronas dopaminérgicas de la vía:

1 Tuberoinfundibular.

2 Mesocortical.

3 Mesolímbica.

4 Nigroestriada. ✓

El Parkinson se debe a la degeneración de la vía dopaminérgica nigroestriada

Carlson describe tres grandes sistemas de neuronas dopaminérgicas que nacen en el mesencéfalo. Las del **sistema nigroestriado** tienen sus cuerpos celulares en la **sustancia negra** y proyectan al neoestriado (núcleo caudado y putamen), parte de los núcleos basales que participa en el control del movimiento. La degeneración de las neuronas dopaminérgicas que conectan la sustancia negra con el núcleo caudado causa la **enfermedad de Parkinson**, con temblor, rigidez, problemas de equilibrio y dificultad para iniciar movimientos. Del Abril añade que las vías dopaminérgicas de la sustancia negra son un elemento esencial del circuito de los ganglios basales como sistema modulador del **control motor**.

1. La vía tuberoinfundibular proyecta del hipotálamo a la hipófisis anterior y controla la secreción de prolactina.
2. La vía mesocortical va del área tegmental ventral a la corteza prefrontal e influye en la memoria a corto plazo, la planificación y la preparación de estrategias para resolver problemas.
3. La vía mesolímbica va del área tegmental ventral al núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo, y el núcleo accumbens interviene en los efectos de refuerzo.
4. Es la vía que une la sustancia negra con el núcleo caudado y el putamen, y su degeneración causa la enfermedad de Parkinson.

VÍAS DOPAMINÉRGICAS Y SUS PROYECCIONES

Vía	Proyección
La vía dopaminérgica nigroestriada	que proyecta de la sustancia negra del mesencéfalo al estriado dorsal, formando parte del sistema nervioso extrapiramidal.
La vía dopaminérgica mesolímbica	que proyecta del área tegmental ventral al núcleo accumbens.
La vía dopaminérgica mesocortical	que proyecta del área tegmental ventral a diferentes regiones de la corteza prefrontal.
La vía dopaminérgica tuberoinfundibular	que proyecta del hipotálamo a la hipófisis anterior, controlando la secreción de prolactina.
Una quinta vía dopaminérgica	que procede de diferentes localizaciones, como la sustancia gris periacueductal, el mesencéfalo ventral, diferentes núcleos hipotalámicos y el núcleo parabraquial lateral y que proyecta al tálamo. Hoy en día no está clara la función de esta vía.

Fuente: Redolar (2014), cap. 21, pág. 545

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 4, págs. 104-105. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 207; cap. 8, pág. 236. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 21, pág. 545.

EN EL ATLAS

Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Del Abril (Base) y Carlson (Consulta). Del Abril es Base del tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso.

25 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 2

¿Qué parte de la corteza cerebral parece implicada en la acción de sopesar los posibles beneficios sobre los costes de realizar una inversión de riesgo?:

1 Prefrontal dorsolateral.

2 Prefrontal medial. ✓

3 Cingulada anterior.

4 Núcleo accumbens.

La corteza prefrontal medial sopesaría beneficios y costes ante una inversión de riesgo

Redolar repasa la red cerebral del **refuerzo** en el ser humano. Dentro de la corteza prefrontal ventromedial distingue la **corteza prefrontal medial**, que se activa cuando se obtiene un refuerzo y cuya actividad se relaciona con la magnitud y la probabilidad del refuerzo esperado. En los estudios de compra, la preferencia por un producto activa el **núcleo accumbens**, mientras que un precio excesivo activa la **ínsula** y desactiva la corteza prefrontal medial. De ahí la propuesta del manual: la corteza prefrontal medial «podría sopesar los posibles beneficios sobre los costes cuando las personas consideran realizar una inversión de riesgo», integrando la información del accumbens y de la ínsula.

1 La corteza prefrontal dorsolateral aumenta su activación ante opciones de compra o inversión muy valoradas por la persona; el manual atribuye el balance de beneficios y costes a la prefrontal medial.

2 Es la región que, según el manual, podría sopesar beneficios y costes ante una inversión de riesgo.

3 La corteza cingulada anterior dorsal aumenta su activación cuando se consideran opciones que entran en conflicto en distintas dimensiones, como un producto muy caro pero muy valorado.

4 El núcleo accumbens forma parte del estriado, con el caudado y el putamen, de modo que tampoco es corteza; se activa con la preferencia por un producto y aporta información a la prefrontal medial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 21, págs. 548-550 (figura 21-11).

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

26 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 1

La lesión del área V5 o mediotemporal de la corteza visual produce:

1 Cinetopsia o ceguera al movimiento. ✓

2 Deuteranopsia o capacidad de ver solo colores resultantes de la combinación de azul y rojo.

3 Acromatopsia o ceguera al color.

4 Protanopia o capacidad de ver solo colores resultantes de la combinación de verde y azul.

La lesión del área V5 produce acinetopsia, una ceguera al movimiento

Redolar describe el área **V5**, o temporal medial, cuyas neuronas son selectivas al movimiento y a la dirección y tienen campos receptivos grandes que permiten integrar las señales locales de movimiento. Una lesión de la región V5 causa un síndrome llamado **acinetopsia** o **ceguera al movimiento**, y su inactivación con estimulación magnética transcraneal altera temporalmente la percepción del movimiento. El color, en cambio, se procesa sobre todo en el área **V4**, cuya lesión produce **acromatopsia**. Las opciones 2 y 4 son dicromatopsias por falta de un tipo de fotorreceptor.

1 Es el síndrome que produce la lesión de V5; la opción escribe «cinetopsia», pero el término del manual es acinetopsia.

2 La deuteranopia es una dicromatopsia por falta de fotorreceptores M, en la que solo se ven colores resultantes de la combinación de azul y rojo.

3 La acromatopsia o ceguera al color se asocia a lesiones del área V4.

4 La protanopia es una dicromatopsia por falta de fotorreceptores L, en la que solo se ven colores a partir de combinaciones de verde y azul.

Ojo. Del Abril, Base del tema (cap. 11, pág. 340), relaciona la acromatopsia cerebral humana con una zona que corresponde anatómicamente a la región TEO de los monos; Redolar la asocia a V4. La diferencia no afecta a la respuesta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 10, págs. 275-277 (tabla 10-2 y figura 10-22). Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 333 y 340.

EN EL ATLAS: Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Redolar (Consulta) y Del Abril (Base).

27 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 3

Las regiones cerebrales implicadas en las "primeras impresiones" o juicios que uno hace de los demás en cuestión de segundos son:

1 La unión temporoparietal y el tálamo.

2 La corteza prefrontal medial y el hipocampo.

3 La corteza cingulada posterior y la amígdala. ✓

4 La ínsula y la corteza cingulada anterior.

En las primeras impresiones intervienen la corteza cingulada posterior y la amígdala

Redolar define las **primeras impresiones** como juicios que se hacen de los demás en cuestión de segundos a partir de elementos sensoriales concretos, con teorías sobre rasgos estables y un **marcaje emocional**. En un estudio con RMf, la percepción de los estímulos de mayor impacto en la formación de impresiones activaba más la **amígdala** y la **corteza cingulada posterior**, con extensión hacia el precuneus. La cingulada posterior y el precuneus servirían para rememorar experiencias pasadas y prever la conducta del otro, mientras la amígdala lo señaliza como positivo o negativo.

1 La unión temporoparietal forma parte, con la corteza prefrontal medial, de la red de la teoría de la mente; el tálamo no figura entre las regiones de la formación de impresiones.

2 La corteza prefrontal medial es una de las dos regiones principales de la red de la teoría de la mente, un proceso que el manual distingue de la formación de impresiones.

3 Son las regiones que el manual asocia a la formación de las primeras impresiones.

4 La ínsula anterior y la corteza cingulada anterior son las dos regiones fundamentales de la empatía.

Para fijarlo. Para juzgar a alguien en segundos, la cingulada posterior recuerda casos parecidos y la amígdala pone la etiqueta de bueno o malo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 26, págs. 697-703 (recuadro 26-4 y figuras 26-2, 26-4 y 26-5).

EN EL ATLAS

Tema K12 · Emoción y cognición social. Se estudia con Redolar (Base).

28 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 4

Los modelos actuales de control atencional postulan que para atender y responder a un estímulo que aparece en el campo visual tienen que activarse:

1 Los colículos inferiores y las áreas de asociación cortical.

2 Las cortezas parahipocampal y perirrinal.

3 La corteza cingulada anterior y la corteza dorsolateral frontal.

4 Los campos oculares frontales y los lóbulos parietales. ✓

Orientar la atención a un estímulo visual activa los campos oculares frontales y los lóbulos parietales

Redolar relaciona la **orientación atencional** con una **red frontoparietal dorsal** y otra ventral. La dorsal incluye los **lóbulos parietales** superiores e inferiores (con las circunvoluciones angular y supramarginal), los **campos oculares frontales** y las áreas motoras suplementarias, que se activan bilateralmente al orientar la atención; los lóbulos parietales y los campos oculares frontales contendrían mapas de saliencia. La red ventral, lateralizada a la derecha, reorienta la atención hacia localizaciones no atendidas. A nivel subcortical destacan los **colículos superiores**.

1 En la orientación atencional el manual destaca los colículos superiores, que contienen mapas de saliencia; los inferiores no aparecen entre las estructuras de este sistema.

2 Las cortezas parahipocampal y perirrinal no figuran entre las estructuras de las redes atencionales que describe el capítulo.

3 El manual asocia la corteza cingulada anterior y la corteza dorsolateral frontal al control ejecutivo.

4 Son estructuras centrales de la red frontoparietal dorsal, que se activa al orientar la atención.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15, págs. 399-401 (figuras 15-7 y 15-8).

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

29

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

La galantamina es un fármaco que se administra para retrasar la pérdida de memoria en la enfermedad de Alzheimer. ¿Cuál es su mecanismo de acción?:

1. Inhibición de la monoaminooxidasa (MAO).
2. Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina.
3. Inhibición de la enzima acetilcolinesterasa. ✓
4. Antagonismo de los receptores de dopamina D2.

La galantamina inhibe la acetilcolinesterasa y además modula receptores nicotínicos

Belloch recoge que el tratamiento farmacológico generalmente establecido para la **demencia tipo Alzheimer** en fase leve o moderada son los **inhibidores de la acetilcolinesterasa** (donepezilo, rivastigmina o galantamina), con beneficios en la cognición, las actividades de la vida diaria y la conducta; en fases avanzadas se usa la memantina, antagonista del glutamato. Stahl describe la **galantamina** como un inhibidor de la colinesterasa con un mecanismo dual: inhibe la AChE y actúa como **modulador alostérico positivo** de los receptores colinérgicos nicotínicos, lo que potencia la acción de la acetilcolina.

1. La inhibición de la monoaminooxidasa no figura entre los mecanismos de los fármacos para la demencia tipo Alzheimer que recogen Belloch y Stahl.
2. La inhibición selectiva de la recaptación de serotonina tampoco figura; los fármacos antidemencia citados son inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina.
3. Es su mecanismo principal, al que se suma la modulación alostérica positiva de los receptores nicotínicos.
4. El antagonismo D2 es el mecanismo de los antipsicóticos, cuyo uso en la demencia Belloch considera más frecuente de lo deseado por sus beneficios modestos y sus efectos adversos notables.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 12, pág. 514 (figuras 12-36A y 12-36B); cap. 5, pág. 160. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 536.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base). Belloch 2020 es Base del tema B22 · Trastornos neurocognitivos.

30 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 4

Según la hipótesis del marcador somático de Damasio, ¿cuál de las siguientes estructuras cerebrales contribuye a la modulación emocional de los procesos de toma de decisiones?:

1 Corteza prefrontal dorsolateral.

2 Estriado dorsolateral.

3 Área preóptica del hipotálamo.

4 Corteza prefrontal ventromedial. ✓

La corteza prefrontal ventromedial sostiene el marcador somático de Damasio

Según Damasio, en la **toma de decisiones** no intervienen solo procesos racionales, que no bastan para dar una respuesta rápida y adecuada. Su **hipótesis del marcador somático** propone que la emoción actúa como un marcador, un cambio vegetativo, muscular, neuroendocrino o neurofisiológico que precede al componente cognitivo y puede guiar la decisión. Redolar señala que la **corteza prefrontal ventromedial** se considera crítica en este proceso. El equipo de Damasio documentó que pacientes con daño en ella puntuaban con normalidad en pruebas de inteligencia y memoria, pero en su día a día tomaban decisiones erróneas, por ejemplo invirtiendo su dinero en operaciones arriesgadas.

1 La corteza prefrontal dorsolateral aparece entre las estructuras conectadas con la ventromedial, y es a esta última a la que el manual atribuye la integración de los estados somáticos en la decisión.

2 El manual no vincula el estriado dorsolateral con la modulación emocional de las decisiones que propone Damasio.

3 Redolar sitúa el área preóptica medial en el origen del circuito reforzante del haz prosencefálico medial; la hipótesis del marcador somático se apoya en la corteza ventromedial.

4 Es la región que, según el manual, integra los estados somáticos con la información de la situación de decisión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 27, págs. 736-737 (figura 27-10); cap. 24, pág. 645; cap. 21, pág. 545.

EN EL ATLAS: Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Se estudia con Redolar (Base). Redolar es Base del tema K12 · Emoción y cognición social.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 62

31

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 1

¿Qué técnica permite visualizar mejor anomalías en la integridad de la sustancia blanca, así como la desconexión de regiones frontoparietales y frontotemporales en pacientes esquizofrénicos?:

1 Tensor de difusión. ✓

2 Resonancia magnética funcional.

3 Tomografía por emisión de positrones.

4 Magnetoencefalografía.

El tensor de difusión muestra la integridad de la sustancia blanca y sus conexiones

Las **imágenes por tensor de difusión** (DTI) son una aplicación de la resonancia magnética que aprovecha la difusión **anisotrópica** del agua: en la **sustancia blanca**, el movimiento de las moléculas es mayor en la dirección paralela a los axones. Redolar explica que permiten visualizar en vivo la microestructura de los tejidos, «aportando detalles sobre las características y la integridad de la sustancia blanca cerebral», y que de ellas se obtiene la **tractografía** de los fascículos. Carlson añade que sirven para visualizar pequeños haces de fibras que no se ven en la resonancia convencional. Por eso es la técnica indicada para estudiar desconexiones entre regiones.

1 Es la técnica que estudia la direccionalidad de la difusión del agua y permite ver la integridad de la sustancia blanca y los fascículos que conectan regiones.

2 La resonancia magnética funcional registra la actividad cerebral mediante la señal dependiente del nivel de oxígeno en la sangre (BOLD).

3 La tomografía por emisión de positrones registra la actividad metabólica con un trazador radiactivo inyectado.

4 La magnetoencefalografía registra los débiles campos magnéticos generados por la actividad neuronal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, págs. 124-125 y 130-134. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 5, págs. 128-130.

EN EL ATLAS

Tema K1 · Métodos y técnicas de investigación. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

Respuesta correcta: 1

Cuando nos apretamos un dedo fuertemente con objeto de aliviar el dolor después de haber recibido un golpe con un martillo estamos cerrando la puerta del dolor, aunque no seamos conscientes de ello. ¿Por qué fibras discurre hacia el cerebro esa estimulación inhibitoria que nos autoprovocamos?:

1 Fibras grandes A-beta. ✓
2 Fibras grandes A-delta.
3 Fibras pequeñas A-delta.
4 Fibras pequeñas A-beta.

Frotar el dedo golpeado activa las fibras grandes A-beta, que cierran la puerta del dolor

Según la **teoría de la puerta** de Melzack y Wall (1965), la actividad aferente de los nociceptores se modula en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta. Amigo explica que las **fibras pequeñas A-delta y C** provocan una estimulación prolongada que facilita la sensibilidad al dolor y abren la puerta, mientras que las **fibras grandes A-beta** provocan un estallido de estimulación seguido de inhibición y la cierran. El manual usa el ejemplo del enunciado: al golpearnos un dedo con un martillo se activan las fibras pequeñas; si cogemos el dedo y lo frotamos, estimulamos las fibras grandes, que **cierran la puerta** y alivian el dolor.

1 Son las fibras que se estimulan al coger y frotar la zona golpeada, y su actividad cierra la puerta del dolor.
2 Las fibras A-delta son pequeñas, y su actividad, igual que la de las fibras C, abre la puerta del dolor.
3 Las fibras pequeñas A-delta facilitan la sensibilidad al dolor y abren la puerta, de modo que no conducen la estimulación que la cierra.
4 Las fibras A-beta son las grandes; el manual no habla de fibras pequeñas A-beta.

Para fijarlo. Las grandes cierran y las pequeñas abren.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 2 (teorías explicativas del dolor; capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

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

33 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 4

¿La Teoría neuromatriz del dolor se ha propuesto para explicar?:

1 El efecto placebo en el dolor.

2 El dolor sucio.

3 El dolor limpio.

4 El miembro fantasma. ✓

Melzack formuló la teoría neuromatriz para explicar fenómenos como el miembro fantasma

El modelo biomédico, que hacía el dolor proporcional al daño tisular, no podía explicar el **dolor del miembro fantasma**, que se siente en una parte del cuerpo ya amputada. Amigo explica que la teoría de la puerta incorporó factores emocionales, motivacionales y atencionales y que después Melzack (1993) la extendió con la **teoría neuromatriz**, que enfatiza el papel del cerebro en la percepción del dolor. La **neuromatriz**, una red de neuronas distribuida por distintas áreas cerebrales, interpretaría como dolor cierta información sensorial, pero también podría activarse en ausencia de ella ante estímulos asociados al dolor, como podría ocurrir en el **miembro fantasma**.

1 El manual presenta la teoría neuromatriz como una extensión de la teoría de la puerta para explicar el dolor sin estímulo, como el del miembro fantasma; no la vincula al efecto placebo.

2 El dolor sucio es un concepto que Amigo recoge en la terapia de aceptación y compromiso para el dolor crónico: el dolor cargado con la contaminación emocional y cognitiva que añaden los intentos de controlarlo.

3 El dolor limpio, en esa misma terapia, es el dolor que se vive sin esa contaminación emocional y cognitiva, al dejar de luchar por controlarlo.

4 Es el fenómeno que el manual pone como ejemplo de la activación de la neuromatriz sin información sensorial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdos. 2 y 6.2 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

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

34 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 4

El trastorno por apego reactivo, ¿en qué categoría se sitúa en el DMS-5?:

1 Trastornos del neurodesarrollo.

2 Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

3 Trastornos de ansiedad.

4 Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés. ✓

El trastorno de apego reactivo está en el capítulo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

El DSM-5 agrupa en el capítulo de **trastornos relacionados con traumas y factores de estrés** aquellos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece de forma explícita como criterio diagnóstico: el **trastorno de apego reactivo**, el trastorno de relación social desinhibida, el TEPT, el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación. En los dos primeros el requisito es la **negligencia social**, la ausencia de un cuidado adecuado durante la infancia. Belloch recoge la misma agrupación y describe los dos cuadros infantiles como de tipo inhibido y desinhibido.

1. Se diagnostica en niños pequeños, pero el DSM-5 no lo incluye entre los trastornos del neurodesarrollo.
2. Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta forman otro capítulo, y el apego reactivo se caracteriza por inhibición y retraimiento.
3. El capítulo de trastornos de ansiedad es vecino, pero no incluye el apego reactivo.
4. Es su ubicación en el DSM-5, que mantiene el DSM-5-TR.

Ojo. En el DSM-IV, el trastorno reactivo de la vinculación figuraba entre los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (pág. 122). El DSM-5-TR añade al capítulo el trastorno de duelo prolongado (págs. 295 y 322-327).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, pág. 265. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 122. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, pág. 122.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 76, PIR 2022 · n.º 27

35 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria de los niños con trastorno de la relación social desinhibida?:

1 Raramente buscan consuelo o se deja consolar cuando siente malestar.

2 Presentan episodios de irritabilidad.

3 Recurren poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada. ✓

4 El afecto positivo es limitado.

Recurrir poco o nada al cuidador tras alejarse define la relación social desinhibida

Entre las cuatro características del **criterio A** del **trastorno de relación social desinhibida** está la A3: el niño **recurre poco o nada al cuidador adulto** después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños. Las otras tres opciones pertenecen al **trastorno de apego reactivo**: raramente buscar consuelo o dejarse consolar (criterio A), el afecto positivo limitado y los episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicados (criterio B). Los dos trastornos comparten la negligencia como origen, pero el apego reactivo se expresa con retraimiento y la relación social desinhibida, con **desinhibición**.

1 Es el criterio A del trastorno de apego reactivo.

2 Los episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicados son el criterio B3 del apego reactivo.

3 Es el criterio A3 del trastorno de relación social desinhibida.

4 El afecto positivo limitado es el criterio B2 del apego reactivo.

Trampa. Tres distractores son criterios del trastorno vecino. Si una opción describe retraimiento, apunta al apego reactivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de apego reactivo, págs. 265-266; trastorno de relación social desinhibida, pág. 268.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 76, PIR 2023 · n.º 171

36

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B26 · Discapacidad intelectual

Respuesta correcta: 1

Respecto del trastorno de discapacidad intelectual (DSM-5) cabe afirmar lo siguiente:

1. Tiene una prevalencia global en la población general de aproximadamente el 1%. ✓
2. La prevalencia de discapacidad intelectual grave es aproximadamente el 6 por 10.000.
3. En general las mujeres tienen más posibilidades que los hombres de ser diagnosticadas de discapacidad intelectual leve.
4. En general, la discapacidad intelectual es progresiva, salvo en los casos en que va asociada a síndromes como el síndrome de Rett o el síndrome de San Filippo en que encontramos patrones muy estables.

El trastorno del desarrollo intelectual tiene una prevalencia aproximada del 1 % en la población general

En el apartado de prevalencia, el DSM-5 dice que la **discapacidad intelectual**, hoy trastorno del desarrollo intelectual, tiene una prevalencia global en la población general de **aproximadamente el 1 %**, con tasas que varían según la edad, y que la de la forma **grave** es de aproximadamente el **6 por 1000**. Sobre el curso señala que, en general, el trastorno **no es progresivo**, aunque en algunos síndromes genéticos hay períodos de empeoramiento seguidos de estabilización (Rett) o un empeoramiento progresivo (San Filippo). En cuanto al sexo, los **varones** tienen más posibilidades de ser diagnosticados de formas leves (1,6:1) y graves (1,2:1).

1. Es el dato del DSM-5.
2. La cifra del DSM-5 para la forma grave es de aproximadamente 6 por 1000; la opción la divide por diez.
3. Son los varones quienes tienen más posibilidades de recibir un diagnóstico de formas leves, con una proporción media de 1,6:1.
4. Invierte el texto: en general la discapacidad intelectual no es progresiva, y Rett y San Filippo son las excepciones, con empeoramientos seguidos de estabilización en el primero y un empeoramiento progresivo en el segundo.

> **Trampa.** Las opciones 2, 3 y 4 son frases del manual con un cambio pequeño: un cero de más, el sexo invertido y el curso al revés.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), págs. 38-39.

EN EL ATLAS Tema B26 · Discapacidad intelectual. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 177, PIR 2025 · n.º 181

37 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 1

En relación al tratamiento de la enuresis infantil:

1. La eficacia del entrenamiento en retención voluntaria de orina es limitada. Aproximadamente solo el 20% de los niños tratados con este método consigue superar su problema de enuresis. ✓
2. La incorporación de la alarma en el entrenamiento en cama seca tiene como objetivo despertar al niño para que se produzca la asociación entre la distensión del esfínter y el despertar (condicionamiento clásico).
3. El entrenamiento en cama seca incluye alarma urinaria, entrenamiento en despertar e ingestión de líquidos, pero no incorpora entrenamiento en retención.
4. La aplicación de la fase de supervisión posentrenamiento correspondiente al entrenamiento en cama seca debe prolongarse hasta lograr como criterio de éxito 7 noches consecutivas sin incontinencia. En el entrenamiento en cama seca, se reduce la ingesta de líquidos durante la tarde-noche.

El entrenamiento en retención voluntaria tiene una eficacia limitada, cercana al 20 %

El **entrenamiento en retención voluntaria** (Kimmel y Kimmel, 1970) es un procedimiento de moldeamiento que demora progresivamente la micción para aumentar la capacidad funcional de la vejiga. Fonseca recoge que su eficacia para conseguirlo es limitada y que, aun cuando lo logra, no siempre se asocia a la desaparición de la enuresis, con un **porcentaje de éxito del 19 por 100**, muy próximo a la remisión espontánea. El **entrenamiento en cama seca** (Azrin, Sneed y Foxx, 1974), en cambio, parte de un planteamiento **operante** y combina varios elementos, entre ellos la alarma, el entrenamiento en retención y el aumento de la ingesta de líquidos.

1. Fonseca da un éxito del 19 por 100, que es la cifra a la que remite el «aproximadamente 20 %».
2. En el entrenamiento en cama seca la alarma hace contingentes los escapes de orina con sus consecuencias aversivas; la conexión entre la necesidad de orinar y el despertar se atribuye al método de la alarma de Mowrer y Mowrer.
3. El entrenamiento en cama seca incluye entrenamiento en retención, que se realiza solo la primera noche reforzando los esfuerzos de retención.
4. La supervisión postentrenamiento se mantiene hasta cumplir 14 noches consecutivas de cama seca, y la primera noche se aumenta la ingesta de líquidos.

TABLA 12.5. PRINCIPALES ELEMENTOS DEL ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA

Elemento	Descripción
1. Alarma	tiene un papel clave, haciendo contingentes los escapes de orina con las consecuencias aversivas que le siguen.
2. Despertares programados	se programa el despertar al niño cada cierto tiempo para que vaya al baño aunque tenga pocas ganas de orinar. El objetivo es que aprenda a despertarse con niveles bajos de tensión vesical.
3. Autorregistro	se llevará un registro de noches secas y mojadas.
4. Aumento de la ingestión de líquidos	se realiza solo durante la primera noche, con el fin de aumentar la necesidad de orinar del niño.
5. Entrenamiento en retención	se realiza solo durante la primera noche, reforzando los esfuerzos de retención.
6. Refuerzo positivo	se refuerzan la retención y las camas secas. Progresivamente se implementa un refuerzo diferido tras varias noches secas.
7. Consecuencias aversivas	si se dan los escapes de orina, se procede a una reprimenda verbal, tras lo cual el niño debe realizar un entrenamiento en limpieza y práctica positiva.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021, infancia y adolescencia), cap. 12, tabla 12.5, pág. 363

Ojo. La 4.ª ed. de Vallejo y Rodríguez (2022), Ampliación del tema, no da la cifra del 19 %: dice que la retención voluntaria, por sí sola, tiene una eficacia limitada en la enuresis nocturna, «próxima a la remisión espontánea» (pág. 457). Los dos manuales recogen que el procedimiento original del método de alarma pedía 7 noches secas y que el consenso actual requiere 14.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 362-364 (tabla 12.5). 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. 447, 449 y 454-457.

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

38

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Para qué problema infantil está indicado el programa de tratamiento Coping Cat?:

1 Depresión.

2 Ansiedad. ✓

3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

4 Hiperactividad.

Coping Cat es un programa cognitivo-conductual para la ansiedad infantil

El **Coping Cat** («El gato valiente») fue creado por Kendall a comienzos de los años noventa. Fonseca lo describe como una intervención de **TCC** manualizada de 16 sesiones, indicada para el trastorno de ansiedad generalizada, el de **ansiedad por separación** y la ansiedad social, entre los 7 y los 13 años. Tiene dos secciones: **psicoeducación** y estrategias para manejar la ansiedad (sesiones 1-8) y **exposición** jerarquizada a las situaciones que la provocan (sesiones 9-16). Vallejo y Rodríguez lo presentan como uno de los programas cognitivo-conductuales más utilizados en la ansiedad por separación y la generalizada.

1. Fonseca lo indica para trastornos de ansiedad (generalizada, por separación y social), y no lo presenta como tratamiento de la depresión.
2. Es su indicación, porque se dirige a la ansiedad generalizada, por separación y social de la infancia y la adolescencia.
3. El trastorno obsesivo-compulsivo no figura entre las indicaciones del programa que recogen los manuales.
4. La hiperactividad tampoco figura entre sus indicaciones; el programa trabaja sentimientos de ansiedad, pensamientos ansiosos y exposición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 443-444. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 137 (tabla 9).

EN EL ATLAS
Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

39 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social · Anulada

Anulada

¿Qué afirmación es correcta respecto del circuito neuronal propuesto para explicar el miedo aprendido?:

1. La respuesta autónoma surge de los núcleos basolaterales de la amígdala.
2. La sustancia gris periacueductal del tronco encefálico es responsable de la reacción conductual.
3. La experiencia emocional se procesa y surge del hipotálamo.
4. Las lesiones en la amígdala no consiguen eliminar las respuestas viscerales aprendidas.

En el miedo aprendido el núcleo central de la amígdala distribuye las respuestas

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. Carlson explica que la amígdala integra los componentes del miedo. Los núcleos lateral y basal reciben la información y la envían al **núcleo central**, que proyecta al hipotálamo, el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo, encargados de expresar los componentes de la respuesta emocional. Su lesión suprime los signos de miedo ante estímulos que se habían emparejado con sucesos aversivos. En la figura 11.3, el **hipotálamo lateral** media la activación simpática y la **sustancia gris periacueductal**, el cese de la conducta (**congelación**).

1. La respuesta autónoma depende del núcleo central de la amígdala a través del hipotálamo lateral (activación simpática) y del núcleo motor dorsal del vago (activación parasimpática); los núcleos lateral y basal reciben la información y la envían al central.
2. Clave provisional. En la figura 11.3 la sustancia gris periacueductal controla el cese de la conducta (congelación), una de las respuestas comportamentales del miedo.
3. Carlson atribuye al hipotálamo lateral la activación simpática de la respuesta emocional, y no habla de que la experiencia emocional surja de él.
4. La lesión del núcleo central de la amígdala reduce o suprime un amplio rango de conductas emocionales y respuestas fisiológicas, de modo que los animales dejan de mostrar miedo ante estímulos emparejados con sucesos aversivos.

Ojo. No consta el motivo de la anulación. En Carlson, la sustancia gris periacueductal controla una respuesta concreta, el cese de la conducta (congelación), mientras que la figura 11.3 reparte las respuestas comportamentales entre varias regiones (área tegmental ventral, locus coeruleus, núcleo reticular de la protuberancia y sustancia gris periacueductal).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, págs. 330-331 (figuras 11.2 y 11.3).

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

40

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 2

El tratamiento de elección para el tratamiento de los tics es:

1 La práctica masiva.

2 El entrenamiento en reversión del hábito. ✓

3 El control de estímulos.

4 La práctica reforzada.

La inversión del hábito es el tratamiento psicológico con más evidencia para los tics

Fonseca señala que, entre los tratamientos de los **trastornos de tics**, los que más evidencia acumulan son la intervención conductual integral para tics (**CBIT**) y la **terapia de inversión del hábito**, ideada por Azrin y Nunn (1973), que es la más estudiada y validada en niños y jóvenes. En la tabla 8.8, la inversión del hábito figura con nivel de evidencia 1+ y **grado de recomendación A**. La «reversión del hábito» del enunciado es la misma técnica. La **práctica negativa masiva**, en cambio, se considera como mucho un tratamiento mínimamente efectivo.

1 En la práctica negativa masiva el joven ensaya el tic en exceso; en el estudio que cita Fonseca redujo los tics un 25 % a las cuatro semanas, frente al 84 % de la inversión del hábito tras el primer día.

2 Es el tratamiento de elección, con grado de recomendación A.

3 El control de estímulos no figura entre los tratamientos con mayor evidencia para los tics que recoge la tabla 8.8.

4 La práctica reforzada tampoco figura en esa tabla, que para los tics solo recoge la inversión del hábito y la intervención comprensiva conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, págs. 244, 247 y 249 (tabla 8.8).

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

41 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se consigue el desvanecimiento de una economía de fichas?:

1. Eliminando el reforzamiento social que acompaña a la entrega de las fichas.
2. Aumentando el número de fichas que se dan por cada conducta.
3. Reduciendo el número de fichas necesarias para ganar reforzadores.
4. Aumentando el tiempo entre la entrega de fichas y la posibilidad de cambiarlas por reforzadores. ✓

Una economía de fichas se desvanece alargando la demora entre las fichas y los reforzadores

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que el éxito de la **economía de fichas** depende de manejar bien la **demora del refuerzo**. Al principio conviene entregar las fichas muy a menudo, con poca demora tras la conducta, y que se puedan cambiar rápidamente por reforzadores. A medida que avanza el programa interesa que las fichas se acumulen, para que adquieran más valor simbólico y dependan menos del reforzador tangible. El programa debe retirarse **paulatinamente**, de modo que el valor reforzante pase a la propia conducta (**autorrefuerzo**) y al **refuerzo social**; si no, la conducta solo se mantiene mientras dura el programa.

1. El refuerzo social es lo que debe quedar, porque el valor de las fichas se transfiere a él y al autorrefuerzo, que siguen presentes cuando se retira el reforzador tangible.
2. Dar más fichas por cada conducta intensificaría el programa, en sentido contrario a la retirada paulatina que propone el manual.
3. Reducir las fichas necesarias para obtener reforzadores facilita el acceso al reforzador tangible en lugar de reducir la dependencia de él.
4. Es la vía que se deriva del manual, que pasa de entregas y canjes inmediatos a acumular fichas, con más demora hasta el reforzador tangible.

Ojo. El manual no enumera estrategias concretas de desvanecimiento; la respuesta oficial se apoya en su pauta sobre la demora del refuerzo y la retirada paulatina del programa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, apdo. 6, págs. 189-191.

EN EL ATLAS

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

42

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

La utilización del castigo como herramienta habitual de algunos padres para reducir las conductas molestas de los niños (gritos, pataletas, etc.) tiende a perpetuarse, entre otras razones, por un mecanismo de:

1. Sobrecorrección.
2. Reforzamiento positivo de la conducta de los padres al acabar a corto plazo con la conducta molesta del niño.
3. Reforzamiento negativo de la conducta de los padres al acabar a corto plazo con la conducta molesta del niño. ✓
4. Extinción.

El castigo se perpetúa porque el alivio inmediato refuerza negativamente a quien castiga

Entre los efectos colaterales del **castigo**, Díaz, Ruiz y Villalobos describen su **perpetuación**: puede convertirse en la herramienta habitual de quien lo aplica para reducir conductas molestas, descuidando el refuerzo de otras más adecuadas. Una de las razones es el **refuerzo negativo** que supone para la persona que castiga la eliminación a corto plazo de la conducta desagradable, como pegar un cachete cuando el niño grita. Wicks-Nelson describe la misma **trampa del reforzamiento** en la teoría de la coacción de Patterson: la madre que cede ante la rabieta recibe un reforzamiento negativo, y en esas familias el castigo puede incluso aumentar las conductas coactivas.

1. La sobrecorrección es una técnica para reducir conductas, con restitución y práctica positiva, y no explica por qué se mantiene la conducta de castigar.
2. El alivio de los padres consiste en que desaparece algo desagradable, la conducta molesta, y eso define un reforzamiento negativo, no positivo.
3. Es la explicación que da el manual de la perpetuación del castigo.
4. La extinción supone que una conducta deja de reforzarse; aquí la conducta de castigar recibe una consecuencia que la mantiene.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, apdo. 5.3.4, pág. 188. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 8, págs. 186-187.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base). Wicks-Nelson es Consulta del tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 186

43 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B30 · Trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 2

Respecto del trastorno de comunicación social, señale la opción correcta:

1 Es una especificación dentro de los trastornos del espectro autista en el sistema de clasificación diagnóstica CIE 10.

2 Se asocia a un déficit en la pragmática del lenguaje. ✓

3 El diagnóstico solo puede hacerse a partir de los 12 años de edad.

4 La sintomatología fundamental se refiere a una inhibición en la expresión oral de carácter ansioso en contextos sociales.

El trastorno de la comunicación social se define por un déficit en la pragmática del lenguaje

El DSM-5 incorporó por primera vez el **trastorno de la comunicación social (pragmático)** dentro de los trastornos de la comunicación. Se caracteriza por una **dificultad primaria con la pragmática**, es decir, con el **uso social del lenguaje** y la comunicación, que afecta a la comprensión y el seguimiento de las reglas sociales de la comunicación verbal y no verbal, a la adaptación del lenguaje al que escucha y a las normas de conversación y narración. Su criterio C no fija ninguna edad, porque los síntomas comienzan en las **primeras fases del período de desarrollo**, aunque pueden no manifestarse del todo hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades.

1 Es una categoría que el DSM-5 incorpora por primera vez, dentro de los trastornos de la comunicación, y no un especificador del autismo. Si se cumplen los criterios del trastorno del espectro autista, ese diagnóstico sustituye al de comunicación social.

2 Es la característica que define el trastorno.

3 El criterio C no establece una edad mínima. El manual dice que el diagnóstico es raro antes de los 4 años y que las formas más leves pueden no ser evidentes hasta la adolescencia temprana.

4 Una inhibición del habla por ansiedad en contextos sociales corresponde al mutismo selectivo o a la ansiedad social. En el trastorno de la comunicación social el individuo nunca ha tenido una comunicación social eficaz.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 299. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la comunicación social (pragmático), págs. 47-49; trastorno del espectro autista, pág. 58.

EN EL ATLAS: Tema B30 · Trastornos del lenguaje. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 169, PIR 2025 · n.º 183

44 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 3

Con qué autor se asocia la denominada “triada autista” y la idea de un continuo o “espectro autista”:

1. Michael Rutter.
2. Leo Kanner.
3. Lorna Wing. ✓
4. Uta Frith.

Lorna Wing propuso entender el autismo como un continuo o espectro

Vallejo y Rodríguez recogen que la delimitación categorial del autismo planteaba numerosos problemas, como ya puso de manifiesto **Lorna Wing** (1988): heterogeneidad de síntomas, asociación con cualquier nivel de inteligencia o con otras condiciones y cambios con la edad y el entorno. A partir de un estudio epidemiológico en el sur de Londres (Wing y Gould, 1979), la autora propuso situar los rasgos autistas en un **continuo** de dimensiones alteradas y considerar el autismo como un **continuo o espectro**, con el término **trastornos del espectro autista**. Izquierdo destaca además su revisión de 1981 sobre el trabajo de Asperger.

1. La propuesta del continuo o espectro autista se atribuye a Lorna Wing, a partir del estudio de Wing y Gould (1979); Rutter no figura en esos pasajes.
2. Kanner describió en 1943 el «autismo infantil precoz», con dificultades en la interacción social recíproca, la comunicación y el lenguaje y adherencia rígida a rutinas.
3. Es la autora de la idea del continuo o espectro autista.
4. Uta Frith no figura en esos pasajes; en España, Ángel Rivière desarrolló después la propuesta de Wing con doce dimensiones psicológicas.

Ojo. En los pasajes citados no aparece la expresión «tríada autista»; Vallejo y Rodríguez enumeran las alteraciones en interacción social, comunicación y lenguaje y comportamientos restringidos que definían a los trastornos generalizados del desarrollo. La Base del tema (Belloch 2020, vol. II, cap. 15) no trata a Lorna Wing.

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. 15, págs. 672-674. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. McGraw-Hill. Cap. 31, pág. 207.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Izquierdo (Ampliación).

45 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la secuencia evolutiva habitual de la adquisición del control de esfínteres?:

1 La continencia fecal diurna, la continencia fecal nocturna, la continencia urinaria nocturna y, por último, la continencia urinaria diurna.

2 La continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria diurna y, por último, la continencia urinaria nocturna. ✓

3 La continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria nocturna y, por último, la continencia urinaria diurna.

4 La continencia fecal diurna, la continencia fecal nocturna, la continencia urinaria diurna y, por último, la continencia urinaria nocturna.

El control de esfínteres empieza por el intestino de noche y termina por la vejiga de noche

Vallejo y Rodríguez describen el **control de esfínteres** como uno de los hitos evolutivos del niño: una función inicialmente refleja que pasa a regularse de forma voluntaria a través de una serie de aprendizajes. La evolución habitual es **control intestinal nocturno**, luego **control intestinal diurno**, más tarde **control vesical diurno** y, por último, **control vesical nocturno**. El ritmo de adquisición de estas etapas es muy variable y comienza hacia los 18 meses.

1 Empieza por el control intestinal diurno, cuando el primero es el nocturno, y pone la continencia urinaria nocturna antes que la diurna.

2 Es la secuencia habitual que describe el manual.

3 Acierta en el orden intestinal, pero coloca el control vesical nocturno antes que el diurno, cuando el nocturno es el último.

4 Acierta en el orden vesical, pero empieza por el control intestinal diurno, cuando el primero es el nocturno.

Para fijarlo. Primero heces y luego orina, y en cada caso de noche, de día, de día, de noche.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 439.

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

46 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Qué características temperamentales entendidas como "emotividad negativa", están más asociadas a la depresión?:

1. Actividad baja, huida baja, emotividad baja, ritmicidad baja e inhibición alta.
2. Actividad baja, huida alta, emotividad alta, ritmicidad baja e inhibición alta. ✓
3. Actividad baja, huida baja, emotividad alta, ritmicidad alta e inhibición alta.
4. Actividad baja, huida alta, emotividad baja, ritmicidad alta e inhibición alta.

La depresión infantil se asocia a baja actividad, retraimiento, mal humor, poca ritmicidad e inhibición

Del Barrio, en el capítulo de evaluación de los trastornos del estado de ánimo, explica que el **temperamento** está ligado a las emociones y condiciona la conducta de acercamiento-huida y la intensidad de las respuestas. Siguiendo a Thomas, Chess y Birch (1968), las características temperamentales relacionadas con la **depresión** son el **bajo nivel de actividad**, la baja intensidad de reacción, el **retraimiento**, el mal humor y la **poca ritmicidad**. La **inhibición conductual** se considera jerárquicamente la de mayor rango en la explicación de la depresión. La opción 2 combina actividad baja, huida alta, emotividad negativa alta, ritmicidad baja e inhibición alta.

1. Plantea huida y emotividad bajas, cuando el manual asocia la depresión al retraimiento y al mal humor.
2. Es el perfil que corresponde a las características temperamentales asociadas a la depresión.
3. Combina huida baja y ritmicidad alta, lo contrario del retraimiento y la poca ritmicidad que recoge el manual.
4. Supone emotividad baja y ritmicidad alta, opuestas al mal humor y a la poca ritmicidad.

Ojo. El manual habla de «mal humor» y de «baja intensidad de reacción», sin usar «emotividad alta»; la opción 2 se entiende desde la emotividad negativa del enunciado. Además, Del Barrio y Carrasco no encontraron en su propio estudio correlación con la ritmicidad, aunque sí con la rigidez y la poca persistencia. La Base del tema (Belloch 2020, vol. II, cap. 6) no recoge este perfil.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Capítulo «Evaluación de los trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos y trastorno bipolar» (Del Barrio), pág. 135.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Carrasco Ortiz no es fuente de este tema.

47 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | Revisar

Respuesta correcta: 4

Señale la afirmación correcta sobre la esquizofrenia en la etapa infanto-juvenil:

1. Los delirios de los niños en edad escolar suelen ser simples y sistematizados.
2. El grado de persistencia de las alucinaciones se asocia a un menor riesgo de presentar ideación delirante a los dos años siguientes.
3. Las alucinaciones auditivas son infrecuentes.
4. Si los síntomas aparecen antes de los 12-13 años el inicio de los síntomas suele ser insidioso. ✓

La esquizofrenia que empieza antes de los 13 años suele tener un inicio insidioso

Wicks-Nelson e Israel explican que la esquizofrenia puede aparecer de forma repentina, a veces asociada a estrés, o gradual. La que se inicia **antes de los trece años** tiende a ser **insidiosa**: aparecen síntomas no psicóticos (alteraciones del lenguaje, motoras, sensoriales y cognitivas, retraimiento social, problemas escolares) antes que los psicóticos. En la adolescencia el inicio parece menos insidioso y más a menudo un brote repentino. Las **alucinaciones** son frecuentes, sobre todo las **auditivas**, y las **ideas delirantes** son al principio simples y se vuelven más elaboradas y **sistematizadas** con el desarrollo.

1. Las ideas delirantes de los niños son al principio bastante simples («un monstruo quiere matarme») y solo con el desarrollo se hacen elaboradas y sistematizadas.
2. No se ha localizado en el corpus un dato que relacione la persistencia de las alucinaciones con el riesgo de ideación delirante; Wicks-Nelson describe una tendencia evolutiva hacia contenidos más elaborados.
3. Las alucinaciones auditivas son, con mucha diferencia, las más habituales en la esquizofrenia infantil.
4. Es lo que recoge el manual sobre el inicio antes de los trece años.

Ojo. La opción 2 no se puede contrastar con el corpus: ningún manual consultado vincula la persistencia de las alucinaciones con el riesgo de ideación delirante a los dos años. Se descarta porque la respuesta oficial es la 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 12, págs. 323-326.

EN EL ATLAS Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Wicks-Nelson no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 182

48 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

¿Qué término se utiliza para describir la pseudopercepción que aparece en los estados de semi-conciencia entre el sueño y la vigilia?:

1 Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas. ✓

2 Imágenes alucinógenas.

3 Imágenes parasitarias.

4 Imágenes somnolientas.

Las pseudopercepciones entre el sueño y la vigilia son imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas

Belloch agrupa entre las **pseudopercepciones** las imágenes mentales anómalas cuyo procesamiento se parece al de un percepto. Las **imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas**, llamadas en algunos textos clásicos alucinaciones fisiológicas, aparecen en **estados de semiconsciencia**, entre la vigilia y el sueño. En sentido estricto, las **hipnagógicas** acompañan al adormecimiento y las **hipnopómpicas** se dan en el breve paso del sueño al despertar. Son muy comunes en la población general, autónomas y espontáneas, y la tabla 6.2 las diferencia de las alucinaciones, por ejemplo por la ausencia de juicio de realidad y el bajo nivel de vigilia.

1. Es el término que da el manual a las imágenes que aparecen en la semiconsciencia entre la vigilia y el sueño.
2. «Imágenes alucinógenas» no es un término del manual; las pseudopercepciones ligadas a intoxicaciones o fiebre se llaman imágenes alucinoides.
3. Las imágenes parásitas existen en la clasificación, pero se producen por un estímulo concreto que ya no está presente y desaparecen al centrar la atención en ellas, sin relación con el paso entre sueño y vigilia.
4. «Imágenes somnolientas» no figura entre los engaños perceptivos que describe el manual.

TABLA 6.2. DIFERENCIAS ENTRE PSEUDOPERCEPCIONES HIPNAGÓGICAS E HIPNOPÓMPICAS Y ALUCINACIONES

Características	Pseudopercepciones	Alucinaciones
Juicio de realidad (posterior)	No	Si
Nivel de vigilia	Bajo, escaso	Normal
Control voluntario	No	No
Amplitud de contenidos	Elementos aislados en una escena	Elementos inmersos en una escena
Impacto y/o contenido emocional	Nulo o escaso	Si
Capacidad de recuerdo	Escasa	Muy alta
Atribución a fuerzas exteriores	No	Si
Interferencia cotidiana	Ninguna	Muy alta
Valoraciones y creencias disfuncionales asociadas	No	Muy frecuentes

Fuente: Belloch et al. (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.2, pág. 155

Ojo. La opción 3 no es un término inventado: Belloch describe las imágenes parásitas entre las pseudopercepciones (pág. 155-156). Se descarta por su definición, que no tiene que ver con los estados entre el sueño y la vigilia.

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 (tabla 6.2).

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

49

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma asociado al trastorno de ansiedad generalizada:

1. Dolores de cabeza frecuentes. ✓
2. Sueño insatisfactorio.
3. Falta de concentración.
4. Facilidad para fatigarse.

Los dolores de cabeza quedan fuera de la lista de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

La pregunta repite la de 2018. El **criterio C** del **trastorno de ansiedad generalizada** asocia la ansiedad y la preocupación a tres o más de seis síntomas, uno en los niños. Son la **inquietud** o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, la **facilidad para fatigarse**, la **dificultad para concentrarse** o quedarse con la mente en blanco, la irritabilidad, la tensión muscular y los **problemas de sueño**, como el sueño inquieto e insatisfactorio. Los dolores de cabeza no figuran; el DSM-5 los menciona entre las afecciones asociadas al estrés que acompañan con frecuencia al trastorno.

1. No está entre los seis síntomas del criterio C.
2. El sueño insatisfactorio es uno de los problemas de sueño del sexto síntoma.
3. La falta de concentración corresponde al tercer síntoma, la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. La facilidad para fatigarse es el segundo síntoma.

> **Ojo.** Como en 2016 y 2018, el DSM-5 dice que los dolores de cabeza acompañan con frecuencia al trastorno (pág. 223). La clave vale si «síntoma asociado» se entiende como síntoma del criterio C.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 115, PIR 2016 · n.º 78, PIR 2022 · n.º 47

50 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

¿Qué fenómeno experimenta una persona que, muy concentrada en sus pensamientos, presenta un bajo nivel de atención para todos aquellos estímulos que no están relacionados con dichos pensamientos?:

1 Aprosexia.

2 Distracción.

3 Ausencia mental. ✓

4 Laguna temporal.

En la ausencia mental la concentración en los propios pensamientos deja fuera lo demás

Belloch recoge dos fenómenos descritos por Reed (1988) que, aunque anómalos e inusuales, por lo general no son patológicos: la **ausencia mental** y la **laguna temporal**. En la ausencia mental, la persona se concentra tanto en una cuestión que «desatiende» el resto de estímulos y deja fuera gran cantidad de información externa. Es un **fenómeno de umbral**: el nivel de atención es bajo para los estímulos distractores, los que no se relacionan con sus pensamientos, pero un incremento súbito de los estímulos elimina la ausencia. Reed lo ilustraba con el «profesor despistado».

1 La aprosexia implica una reducción máxima de la disposición atencional, una ausencia total de atención.

2 La distraibilidad es una inestabilidad atencional, la dificultad para prestar atención a un estímulo, aspecto, tema o vivencia.

3 Es el fenómeno descrito, con atención baja solo para lo que no se relaciona con los propios pensamientos.

4 En la laguna temporal la persona no recuerda un periodo en el que realizaba una tarea automática que no requería esfuerzo cognitivo, como conducir.

Trampa. La palabra «distracción» de la opción 2. La ausencia mental se parece a una distracción, pero el manual la define por un exceso de concentración en los propios pensamientos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 124-125 y 127-128.

EN EL ATLAS: Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

51

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

En la detección precoz, la evaluación y el diagnóstico de los trastornos neurocognitivos:

1. Los cambios en la memoria episódica son uno de los primeros marcadores en volverse anormales en la etapa preclínica de la demencia tipo Alzheimer ✓
2. En la actualidad, según los criterios establecidos en el DMS-5 y en el National Institute on Aging and the Alzheimer´s Association (NIA-AA), la exploración de los marcadores bioquímicos es fundamental para permitir el diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor y del trastorno neurocognitivo menor.
3. La versión española de la Escala de Demencia de Mattis (DRS-2) no ha demostrado ser un instrumento óptimo para la detección en el ámbito clínico del deterioro cognitivo leve (DCL) y se prefiere el uso del Mini-Mental del Folstein por su mayor sensibilidad en persona con DCL.
4. La evaluación funcional de las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas permite realizar el diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo con deterior cognitivo y la demencia.

La memoria episódica es de los primeros marcadores que se alteran en la fase preclínica del Alzheimer

Belloch recoge estudios que indican que los cambios en la **memoria episódica** son uno de los **primeros marcadores** en volverse anormales en la etapa preclínica de la demencia tipo Alzheimer, en ocasiones hasta cuatro años antes del diagnóstico clínico de deterioro cognitivo leve. Sobre los distractores, el manual señala que los **biomarcadores** son recomendables para aumentar la certeza, pero que los criterios del NIA-AA o del DSM-5 **no los consideran imprescindibles**; que el **Mini-Mental** tiene baja sensibilidad en el deterioro cognitivo leve, y que la versión española de la **escala de Mattis (DRS-2)** ha demostrado ser un instrumento óptimo para detectarlo.

1. Es lo que recoge el manual sobre la detección precoz.
2. Belloch dice que los biomarcadores son recomendables para incrementar la certeza diagnóstica, pero que ni el NIA-AA ni el DSM-5 los consideran imprescindibles.
3. El manual dice lo contrario: la DRS-2 española ha demostrado ser óptima para detectar la enfermedad de Alzheimer leve y el deterioro cognitivo leve, y el Mini-Mental tiene en ese grupo una sensibilidad baja.
4. Las actividades de la vida diaria se evalúan para conocer la autonomía funcional; para separar un cuadro depresivo con deterioro de una demencia, el esquema del manual propone tratar y reevaluar a los seis meses.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 534-536. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, pág. 613.

EN EL ATLAS

Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

52 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

En relación con la demencia tipo Alzheimer (DTA) es correcto afirmar que:

1 Las personas con DTA temprana suelen presentar amnesia anterógrada y a medida que avanzan las lesiones en el neocórtex manifiestan dificultades asociadas a la amnesia retrógrada. ✓

2 La DTA es el prototipo de demencia subcortical.

3 A diferencia de la DTA cuyo déficit más significativo está asociado con las funciones ejecutivas, la demencia vascular suele presentar mayor afectación de la memoria episódica.

4 Aproximadamente ¼ de los caos tienen un origen determinado por algún gen (PSEN1).

En la DTA la amnesia anterógrada inicial da paso a la retrógrada según avanzan las lesiones

Belloch explica que los pacientes con **demencia tipo Alzheimer** (DTA) temprana suelen tener una gran dificultad para aprender información nueva (**amnesia anterógrada**) y que, a medida que las lesiones progresan en el neocórtex, les cuesta recordar lo aprendido antes (**amnesia retrógrada**). Después aparecen déficits de denominación, memoria semántica, planificación, razonamiento y toma de decisiones. El manual presenta la DTA como el **prototipo de demencia cortical**, señala que menos de un 5 % de los casos se vinculan a algún gen (presenilina 1) y la distingue de la **demencia vascular**, en la que predomina la afectación de las funciones ejecutivas.

1 Es la descripción del manual de la evolución de la memoria en la DTA.

2 La DTA es el prototipo de demencia cortical, con destrucción masiva de redes del córtex cerebral.

3 Está invertida, porque en la DTA el déficit más significativo suele ser la memoria episódica y en la demencia vascular predomina la afectación de las funciones ejecutivas.

4 Menos de un 5 % de los casos tienen un origen vinculado a algún gen como PSEN1; la DTA se explica por la interacción de distintos factores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 525 y 527-529.

EN EL ATLAS: Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

53 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 4

Dentro de las demencias de tipo neurodegenerativo, sobre la demencia frontotemporal (DFT) ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?:

1 La DFT suele aparecer de manera tardía a partir de los 75 años de edad.

2 Para el diagnóstico de la DFT debe descartarse la presencia de sustancias anormales como orillos neurofibrilares, cuerpos de Pick o proteína Tau.

3 La DFT engloba a un grupo de demencias muy poco frecuente y homogéneo con etiología conocida en aproximadamente un 75% de los casos.

4 A nivel clínico, la DFT puede manifestarse a través de cambios en el comportamiento y la afectación del lenguaje pudiendo distinguirse una variante conductual y tres síndromes o variantes de afasia primaria progresiva. ✓

La demencia frontotemporal tiene una variante conductual y tres variantes de afasia primaria progresiva

Belloch describe la **demencia frontotemporal** (DFT) como un grupo de demencias muy poco frecuente y **heterogéneo**, con etiología generalmente desconocida (en más del 50 % de los casos no se conoce la causa), que afecta a las áreas frontales y temporales. Suele aparecer de manera **precoz**, entre los 40 y los 65 años. A nivel neuropatológico presenta ovillos neurofibrilares, cuerpos de Pick y proteína tau. Clínicamente se manifiesta con cambios del comportamiento y afectación del lenguaje, y se distinguen cuatro variantes: la **variante conductual** y tres síndromes de **afasia primaria progresiva** (semántica, agramática y logopénica).

1 La DFT suele aparecer de manera precoz, entre los 40 y los 65 años.

2 Los ovillos neurofibrilares, los cuerpos de Pick y la proteína tau forman parte de la neuropatología de la DFT; lo que hay que excluir son otras causas, como el ictus, un tumor o una enfermedad de tiroides.

3 Es un grupo heterogéneo, con etiología desconocida en más de la mitad de los casos.

4 Es la descripción clínica del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 532 (tabla 17.5, pág. 533).

EN EL ATLAS: Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 203

54

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos · Anulada

Anulada

En referencia a los trastornos neurocognitivos, marque la afirmación INCORRECTA:

1. A nivel neuropsicológico, la demencia en la enfermedad de Parkinson es de tipo subcortical, con predominio de la disfunción ejecutiva y atencional, y con un deterioro menor del lenguaje que suele estar bastante preservado.
2. En la demencia por cuerpos de Lewy (DCLwy), los trastornos del movimiento suelen ir vinculados en el tiempo al deterioro intelectual, mientras que en la demencia debida a la enfermedad de Parkinson se produce un deterioro intelectual que se hace patente años más tarde tras el inicio de los síntomas motores.
3. La enfermedad de Hungtinton presenta un carácter hereditario con afectación de los ganglios basales, y suele desarrollarse entre los 30-40 años de edad.
4. En la parálisis supranuclear progresiva, una de las señales típicas es la incapacidad de mover los pies correctamente.

En la parálisis supranuclear progresiva lo típico es no poder enfocar ni mover los ojos

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Belloch describe la **parálisis supranuclear progresiva** por la incapacidad de **enfocar y mover los ojos** correctamente, con anomalías de la mirada hacia abajo e inestabilidad postural, así que la opción 4, que habla de los pies, es la incorrecta. Las opciones 1 y 3 son frases del mismo manual sobre la demencia de la **enfermedad de Parkinson** y la **enfermedad de Huntington**. La opción 2 también copia a Belloch, aunque el DSM-5 fija por convenio que en el TNC con cuerpos de Lewy el **declive cognitivo** precede al menos un año a los síntomas motores. El Ministerio no publicó el motivo de la anulación.

1. Es una frase de Belloch sobre la demencia en la enfermedad de Parkinson: subcortical, con predominio de la disfunción ejecutiva y atencional y con el lenguaje bastante preservado.
2. Belloch lo dice así, pero el DSM-5 establece por convenio que en el TNC con cuerpos de Lewy los déficits cognitivos se observan al menos un año antes de los síntomas motores.
3. Belloch describe la enfermedad de Huntington como hereditaria y neurodegenerativa, con afectación de los ganglios basales y desarrollo habitual entre los 30 y los 40 años.
4. Clave provisional. La señal típica de la parálisis supranuclear progresiva es la incapacidad de enfocar y mover los ojos.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene la regla del año para distinguir el TNC con cuerpos de Lewy del debido a la enfermedad de Parkinson (págs. 702 y 725), pero ya no la repite al describir sus características esenciales, y añade que hasta un 25 % de las personas con TNC con cuerpos de Lewy probable nunca presenta signos extrapiramidales (pág. 700).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 531-533. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy, pág. 619.

EN EL ATLAS

Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 88, PIR 2025 · n.º 73, PIR 2025 · n.º 136

55 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

Respecto de la intervención en las demencias, señale la respuesta INCORRECTA:

1 La intervención farmacológica en las fases más avanzadas de la enfermedad se centra en la administración de fármacos antagonistas del glutamato (memantina).

2 El uso de antipsicóticos en pacientes con demencia es más frecuente de lo deseado ya que los beneficios encontrados son modestos y los efectos adversos muy notables.

3 El uso de fármacos antipsicóticos está especialmente indicado en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy (DCLwy). ✓

4 Las terapias basadas en estimulación cognitiva grupal y los programas multicomponentes han mostrado que mejoran la función cognitiva, la interacción social y la calidad de vida.

Los antipsicóticos están contraindicados en la demencia con cuerpos de Lewy

Belloch resume el abordaje farmacológico de las demencias: en la **DTA** leve o moderada se usan inhibidores de la acetilcolinesterasa y, en fases avanzadas, **memantina**, antagonista del glutamato. Con los síntomas psicóticos el manejo es complejo: el uso de **antipsicóticos** es más frecuente de lo deseado, con beneficios modestos y efectos adversos notables, y en la **demencia por cuerpos de Lewy** (DCLwy) su uso está **contraindicado**, porque pueden inducir la muerte. Entre las intervenciones no farmacológicas, la **estimulación cognitiva grupal** y los programas multicomponentes cuentan con evidencia de beneficios cognitivos.

1 En las fases avanzadas, moderada o grave, los antagonistas del glutamato (memantina) son la terapia de elección más utilizada.

2 Es lo que dice el manual de los antipsicóticos en la demencia: uso más frecuente de lo deseado, beneficios modestos y efectos adversos muy notables.

3 Es la afirmación incorrecta, porque en la DCLwy los antipsicóticos están contraindicados.

4 La estimulación cognitiva grupal mejora la función cognitiva, la interacción social y la calidad de vida, y los programas multicomponentes, las habilidades cognitivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 536-537.

EN EL ATLAS: Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

56 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos · Anulada

Anulada

En lo relativo al tratamiento de los trastornos neurocognitivos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Las intervenciones multicomponente dirigidas a cuidadores han mostrado una evidencia de alta calidad que avala su uso.
2. Las intervenciones familiares y a cuidadores se introducen en fases avanzadas de la enfermedad ya que es cuando la persona afectada ya no puede implicarse tan activamente en el proceso terapéutico.
3. El uso de terapias de estimulación sensorial como Snoezelen han mostrado beneficios bien contrastados.
4. Las terapias psicológicas centradas en lo cognitivo (estimulación, entrenamiento y rehabilitación) son de interés terapéutico ya que han demostrado una alta capacidad de generalización a otras actividades de la vida diaria.

Las intervenciones multicomponente con cuidadores son las que acumulan evidencia de alta calidad

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Belloch repasa las **intervenciones no farmacológicas** en las demencias. Las **intervenciones multicomponente orientadas a los cuidadores**, basadas sobre todo en la educación y el apoyo, cuentan con una **evidencia de alta calidad** respecto a la demora de la institucionalización. Las terapias centradas en lo cognitivo son muy usadas, pero la evidencia del entrenamiento cognitivo es controvertida porque sus beneficios no se **generalizan** a la vida diaria. Terapias como la acupuntura o **Snoezelen** no han demostrado beneficios contrastados, y los familiares se consideran objetivo de la intervención en sí mismos.

1. Clave provisional. Es lo que recoge el manual sobre las intervenciones multicomponente con cuidadores, cuya evidencia de alta calidad se refiere a la demora de la institucionalización.
2. El manual considera la intervención con las familias esencial para poder seguir «cuidando en casa», sin reservarla para las fases avanzadas.
3. La estimulación sensorial Snoezelen, como la acupuntura, no ha demostrado beneficios científicamente contrastados.
4. Los beneficios del entrenamiento cognitivo parecen limitarse a las actividades entrenadas, sin generalización a la vida diaria, y los de la estimulación cognitiva sobre las actividades de la vida diaria son más limitados.

Ojo. No consta el motivo de la anulación. Con Belloch, la opción 1 es la única que se sostiene; la evidencia de alta calidad de las intervenciones con cuidadores se refiere a un resultado concreto, la demora de la institucionalización.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA — Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 536-537.

EN EL ATLAS — Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

57 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

El diagnóstico de síndrome de la apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se realiza a partir de:

1 Polisomnografía nocturna. ✓

2 Test de latencias múltiples de sueño.

3 Termometría central y periférica.

4 Actigrafía del ritmo sueño-vigilia.

La apnea obstructiva del sueño se diagnostica con polisomnografía nocturna

El DSM-5 diagnostica la apnea e hipopnea obstructiva del sueño en los adultos a partir de los **hallazgos polisomnográficos** y de los síntomas. El criterio A exige signos en la **polisomnografía** de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño, con ronquidos, pausas respiratorias o somnolencia diurna, o bien de **15 o más** por hora aunque no haya síntomas. La polisomnografía proporciona además datos sobre la saturación de oxígeno y la continuidad del sueño.

1 Es la prueba que exige el criterio A.

2 El test de latencias múltiples mide la somnolencia diurna y sirve para confirmar la narcolepsia. En la apnea puede identificar la somnolencia, pero no las apneas.

3 La medición de la temperatura no figura entre los marcadores diagnósticos de la apnea.

4 La actigrafía, junto con el diario de sueño, se usa para confirmar los trastornos del ritmo circadiano, como el tipo de fase de sueño retrasada.

Ojo. El texto del DSM-5-TR admite también las pruebas de sueño realizadas fuera del centro de sueño (OCST) para el diagnóstico, aunque el criterio A sigue hablando de polisomnografía (pág. 430).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Apnea e hipopnea obstructiva del sueño, págs. 378-379 y 381.

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

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

58 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

El trastorno de la conducta del sueño REM en su típica forma crónica, afecta preferentemente a:

1 Niños entre 2 y 6 años.

2 Adolescentes entre 12 y 18 años.

3 Personas entre 30 y 40 años.

4 Personas de más de 50-60 años. ✓

El trastorno del comportamiento del sueño REM afecta sobre todo a mayores de 50 años

El DSM-5 señala que el trastorno del comportamiento del sueño REM **afecta abrumadoramente más a los hombres mayores de 50 años**, aunque se identifica cada vez más en mujeres y en sujetos jóvenes. En estos casos, sobre todo en mujeres jóvenes, conviene pensar en una **narcolepsia** o en un trastorno inducido por **medicamentos**. El DSM-5-TR mantiene que es más frecuente en los varones de más de 50 años y recuerda su elevada asociación con una enfermedad neurodegenerativa posterior.

1 No es un cuadro infantil; en las edades tempranas se sospechan otras causas.

2 En los jóvenes los síntomas obligan a descartar narcolepsia, medicamentos u otras causas.

3 Aparece sobre todo después de los 50 años.

4 Es la franja de edad que dan el DSM-5 y el DSM-5-TR.

Para fijarlo. Varón de más de 50 que da puñetazos soñando: mira la neurología en los años siguientes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del comportamiento del sueño REM, págs. 408-409.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 100, PIR 2025 · n.º 101, PIR 2023 · n.º 143

59

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia · Revisar

Respuesta correcta: 3

En el síndrome de avance de fase, el tratamiento de fototerapia:

1. Es eficaz si se realiza al amanecer.
2. Es eficaz si se realiza justo después de la comida del medio día.
3. Es eficaz si se realiza al atardecer. ✓
4. No es un tratamiento indicado.

En el avance de fase la luz se aplica al atardecer para retrasar el reloj

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces explica que la **luminoterapia** se ha usado sobre todo en el **síndrome de fase retrasada**. Consiste en una estimulación de luz intensa con lámparas especiales para **sincronizar el ritmo circadiano** sueño-vigilia con el ciclo luz-oscuridad, y si el objetivo es conseguir un **avance de fase**, el sujeto debe exponerse a la luz al inicio de la mañana. En el **síndrome de avance de fase** las personas sienten sueño temprano y se despiertan temprano, de modo que el objetivo es el contrario, retrasar la fase, y la exposición a la luz se hace al **atardecer**.

1. La luz al amanecer adelanta la fase, lo que se busca en el síndrome de fase retrasada, y agravaría un avance de fase.
2. Exponer a la luz después de la comida del mediodía no responde a la lógica de adelantar o retrasar la fase que describe la Guía.
3. Es el momento que permite retrasar la fase en quien se duerme y se despierta demasiado pronto.
4. La luminoterapia es un tratamiento de los trastornos del ritmo circadiano, y la Guía la recoge como uno de los más utilizados.

Ojo. El corpus no dice de forma expresa cuándo aplicar la luz en el avance de fase. La Guía solo indica que la luz por la mañana adelanta la fase, y el Manual de terapia de conducta (2023) describe el síndrome de la fase avanzada del sueño (sueño temprano y despertar temprano); la respuesta oficial se deduce de ambas cosas. La Base del tema (Vallejo 2012, vol. II, cap. 8) no trata la luminoterapia.

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. 12, págs. 265-266. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 7, tabla 3.

EN EL ATLAS

Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Consulta) y Vallejo Adultos (Ampliación).

60

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Dentro del modelo dimensional de los trastornos de la personalidad (DMS-5), los rasgos patológicos se organizan en cinco grandes ámbitos. Señale la respuesta correcta:

1. Antagonismo, intimidad, afecto negativo, psicoticismo y desapego.
2. Antagonismo, inhibición, neuroticismo, psicoticismo y desapego.
3. Autodirección, desinhibición, afecto negativo, psicoticismo y desapego.
4. Antagonismo, desinhibición, afecto negativo, psicoticismo y desapego. ✓

Los rasgos patológicos se agrupan en afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo

El modelo alternativo de la Sección III diagnostica el trastorno de la personalidad con dos valoraciones. El **criterio A** mide el nivel de **funcionamiento de la personalidad** con cuatro elementos, la identidad y la autodirección en el self, y la empatía y la intimidad en lo interpersonal. El **criterio B** recoge los **rasgos patológicos**, que se organizan en cinco grandes ámbitos: el **afecto negativo**, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo, que abarcan 25 facetas. Belloch da a cada dominio su polo opuesto y los ve aparentemente similares a los cinco grandes factores de la personalidad normal, aunque con diferencias notables, como el psicoticismo, cuyo ajuste no está claro.

1. La intimidad es un elemento del funcionamiento interpersonal (criterio A) y no un dominio de rasgos. Además falta la desinhibición.
2. Neuroticismo es el nombre del factor de la personalidad normal que Belloch empareja con la afectividad negativa, y en el modelo el dominio se llama afecto negativo. Además, el dominio del modelo es la desinhibición, y la inhibición no figura entre los cinco.
3. La autodirección pertenece al funcionamiento del self (criterio A). Los otros cuatro términos son dominios, pero falta el antagonismo.
4. Son los cinco ámbitos del criterio B.

DOMINIOS DE RASGOS DEL MODELO ALTERNATIVO Y SU POLO OPUESTO

Dominio de rasgos	Polo opuesto
Afectividad negativa	Estabilidad emocional
Desapego	Extraversión
Antagonismo	Amabilidad
Desinhibición	Escrupulosidad
Psicoticismo	Lucidez

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 13, pág. 408

Trampa. Las opciones falsas mezclan dominios de rasgos con elementos del criterio A (intimidad, autodirección) o con nombres del modelo de los cinco grandes (neuroticismo).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, pág. 762. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 401, 407-408 y 410.

EN EL ATLAS Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 58, PIR 2024 · n.º 153, PIR 2025 · n.º 159, PIR 2022 · n.º 142

61

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad · Anulada

Anulada

El trastorno de la personalidad de dependencia (DMS-5) presenta un especial solapamiento con tres trastornos del mismo eje, entre los cuales se encuentra el siguiente:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
2. Trastorno esquizoide de la personalidad.
3. Trastorno histriónico de la personalidad.
4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

El trastorno dependiente concurre sobre todo con el límite, el evitativo y el histriónico, pero la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El DSM-5 dice que el **trastorno de la personalidad dependiente** a menudo se desarrolla junto con otros trastornos de la personalidad, especialmente el **límite**, el **evitativo** y el **histriónico**, y Caballo habla de un solapamiento principal con esos tres. Con el manual, la opción 3 es la única que encaja. El enunciado habla además de trastornos «del mismo eje», una noción que el DSM-5 dejó atrás al eliminar el sistema multiaxial.

1. El obsesivo-compulsivo no figura entre los tres que cita el manual.
2. El esquizoide tampoco figura entre ellos.
3. Es uno de los tres trastornos con los que concurre a menudo, según el DSM-5 y Caballo.
4. El esquizotípico no figura entre ellos.

> **Ojo.** El DSM-5-TR mantiene el dato: el trastorno de la personalidad dependiente suele concurrir con otros trastornos de la personalidad, sobre todo con los trastornos límite, evitativa e histriónica (pág. 771).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad dependiente, pág. 677. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, pág. 489. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, pág. 429.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 204, PIR 2024 · n.º 155

62 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

El modelo dimensional de los trastornos de la personalidad propuesto por el DMS-5 (Sección III), EXCLUYE, entre otros:

1 Al trastorno de la personalidad por evitación.

2 Al trastorno límite de la personalidad.

3 Al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

4 Al trastorno esquizoide de la personalidad. ✓

El modelo alternativo describe seis trastornos de la personalidad y deja fuera el esquizoide

Además del **trastorno de la personalidad especificado por rasgos** (TP-ER), el modelo alternativo de la Sección III define seis trastornos específicos, las personalidades **antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica**. Cada uno se describe por sus dificultades típicas en el funcionamiento de la personalidad (criterio A) y por sus rasgos patológicos característicos (criterio B). Belloch señala que el manual no explica ni justifica la elección: uno de los seis pertenece al grupo A de la clasificación tradicional, tres al grupo B y dos al grupo C. El **trastorno de la personalidad esquizoide** no está entre ellos.

1 El trastorno de la personalidad evitativa es uno de los seis del modelo.

2 El trastorno de la personalidad límite también figura entre los seis.

3 El obsesivo-compulsivo se conserva, como uno de los dos del grupo C junto al evitativo.

4 El esquizoide no figura entre los seis trastornos específicos.

Para fijarlo. Del grupo A solo queda el esquizotípico; del B se cae el histriónico, y del C, el dependiente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, págs. 761 y 763-764. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 408.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 142, PIR 2025 · n.º 164

63 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

El temblor distal de las manos es un síntoma característico del síndrome de abstinencia de:

1 El alcohol. ✓

2 Los antiepilépticos.

3 La cocaína.

4 Los inhalantes.

El temblor de las manos es un síntoma de la abstinencia de alcohol

El criterio B de la **abstinencia de alcohol** exige dos o más de estos signos tras reducir o cesar un consumo intenso y prolongado: hiperactividad autonómica, **incremento del temblor de las manos**, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias, agitación psicomotora, ansiedad y **convulsiones tónico-clónicas** generalizadas. Belloch lo resume como temblor distal de las manos. Las otras sustancias no tienen ese síntoma en sus criterios: la **abstinencia de estimulantes** se define por humor disfórico con cambios fisiológicos, y el DSM-5 no reconoce una **abstinencia de inhalantes**.

1 Es el criterio B2 de la abstinencia de alcohol.

2 Los antiepilépticos no forman una de las clases de sustancias con criterios de abstinencia propios en el DSM-5.

3 La abstinencia de cocaína, como la de otros estimulantes, cursa con humor disfórico, fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora.

4 El DSM-5 no reconoce un diagnóstico de abstinencia de inhalantes, porque sus síntomas son leves.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 496. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Abstinencia de alcohol, pág. 499; trastorno por consumo de inhalantes, pág. 535; abstinencia de estimulantes, pág. 569.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 113, PIR 2017 · n.º 34, PIR 2017 · n.º 233

Respuesta correcta: 2

Cuando hay un consumo alto de cafeína, como de un gramo al día, pueden aparecer:

1. Crisis de gran mal y fallo respiratorio.
2. Espasmos musculares, divagación del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de infatigabilidad y agitación psicomotora. ✓
3. Contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño.
4. Temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones e ilusiones transitorias, agitación psicomotora y ansiedad.

Con más de un gramo de cafeína al día aparecen espasmos musculares, taquicardia y agitación

La opción 2 copia la frase con la que Belloch describe un **alto consumo de cafeína**, «como de un gramo al día»: aparecen **espasmos musculares**, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de infatigabilidad y agitación psicomotora. El DSM-5 sitúa esos síntomas por encima de 1 g/día y los incluye en el criterio B de la **intoxicación por cafeína**. Las **crisis de gran mal** y el fallo respiratorio se reservan para dosis extremadamente altas; Belloch habla de 10 a 50 g, y el DSM-5 advierte de que dosis de 5 a 10 g pueden ser letales.

1. Las crisis de gran mal y el fallo respiratorio corresponden a dosis extremadamente altas, de 10 a 50 g según Belloch.
2. Es la lista de síntomas que aparecen con más de 1 g al día.
3. Contracciones musculares, calambres, escalofríos que alternan con sudoración y aumento de la tasa cardíaca y de la presión arterial describen la abstinencia de heroína hacia las 36 horas de la última dosis.
4. Temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias, agitación psicomotora y ansiedad son síntomas de la abstinencia de alcohol.

DOSIS DE CAFEÍNA Y EFECTOS SEGÚN EL DSM-5-TR

Dosis	Qué describe el manual
Dosis bajas (p. ej., 200 mg) en los niños, los ancianos o las personas que no han sido expuestas a la cafeína	Agitación, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis y molestias gastrointestinales
Uso intensivo (p. ej., > 400 mg)	Puede causar o exacerbar los síntomas somáticos de ansiedad y los trastornos gastrointestinales
Más de 1 g/día	Espasmos musculares, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de infatigabilidad y agitación psicomotora
Altas dosis (por ejemplo, 5 a 10 g)	Pueden requerir atención médica inmediata, ya que dichas dosis pueden ser letales
Dosis extremadamente altas e intensas	Pueden producir crisis de gran mal y un fallo respiratorio que lleve a la muerte

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, intoxicación por cafeína, págs. 569-571

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 498. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Intoxicación por cafeína, págs. 503-506; abstinencia de alcohol, pág. 499. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 19, pág. 561.

EN EL ATLAS Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 81

65 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

Una artista o científica tiene una idea que experimenta como propia y original pero que, en realidad, la había leído anteriormente en un libro. ¿Cómo se denomina este fenómeno?:

1 Criptomnesia. ✓

2 Paramnesia reduplicativa.

3 Experiencia de fugacidad.

4 Ecmnesia.

La criptomnesia hace vivir como propia una idea que en realidad ya se había leído

Belloch sitúa la **criptomnesia** entre las **parapraxias del reconocimiento**. Es la experiencia en la que un recuerdo no se vive como tal: la persona cree que es una producción original, vivida por primera vez, porque falla el reconocimiento y falta la **sensación de familiaridad**. Es relativamente habitual en el mundo artístico y también en la ciencia, cuando alguien enuncia como propia una idea que ya había leído o escuchado. Reed la explica con la distinción de Tulving, porque siempre se da con material de naturaleza **semántica**.

1. Es el fenómeno descrito en el enunciado.
2. La paramnesia reduplicativa se cataloga como una modalidad de delirio, porque el problema está en la interpretación delirante del reconocimiento.
3. «Experiencia de fugacidad» no aparece en el volumen I de Belloch entre las alteraciones de la memoria.
4. La ecmnesia es una modalidad de la confabulación en la que la persona vive algunos recuerdos del propio pasado como si fueran actuales y se comporta en consecuencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 214-215 y 217.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 147

66 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

¿A cuál de los siguientes tipos de engaños perceptivos pertenecen las imágenes eidéticas?:

1 Imágenes consecutivas.

2 Postimágenes.

3 Imágenes alucinoides.

4 Imágenes mnésicas. ✓

Las imágenes eidéticas son un tipo especial de imagen mnésica

Entre las **pseudopercepciones**, Belloch describe las **imágenes mnésicas**, imágenes de nuestros recuerdos que pueden presentarse transformadas. Las **imágenes eidéticas** son un tipo especial de imagen mnésica, una especie de «recordar sensorial»: representaciones exactas o casi exactas de impresiones sensoriales, normalmente visuales y auditivas, que quedan «fijadas» y pueden evocarse voluntariamente o irrumpir de forma involuntaria. Se diferencian de las **imágenes consecutivas o post-imágenes**, que solo duran unos segundos tras un exceso de estimulación y tienen propiedades opuestas a las del estímulo original.

1 Las imágenes consecutivas se producen por un exceso de estimulación inmediatamente anterior y solo duran unos segundos, mientras que el eidetismo puede evocarse al cabo del tiempo.

2 Post-imágenes es otro nombre de las imágenes consecutivas, de modo que se descartan igual que la opción 1.

3 Las imágenes alucinoides aparecen sin estímulo en situaciones que alteran el sistema nervioso central, como la fiebre o las intoxicaciones.

4 Es el grupo al que pertenecen, porque el manual las define como un tipo especial de imagen mnésica.

Trampa. Dos opciones que son sinónimos (imágenes consecutivas y post-imágenes) se descartan juntas.

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).

67 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina la incapacidad para reconocer rostros familiares?:

1 Astereognosia.

2 Anosognosia.

3 Topoagnosia.

4 Prosopagnosia. ✓

La prosopagnosia es la agnosia visual que impide reconocer los rostros conocidos

Belloch sitúa las **agnosias** entre las paramnesias del reconocimiento. Consisten en la dificultad o incapacidad para reconocer cosas familiares (objetos, caras, etc.) sin ninguna alteración de la percepción, es decir, con los sentidos preservados, y se clasifican según el sentido afectado. Entre las modalidades de la **agnosia visual** está la **prosopagnosia**, o incapacidad para reconocer los **rostros perfectamente conocidos**, incluidos los de amigos cercanos, a pesar de conservar la capacidad para identificar rasgos faciales y objetos genéricos.

1 La astereognosia remite a la agnosia táctil, que Belloch llama estereoagnosia y que incluye las somatoagnosias y las agnosias para objetos. Afecta al tacto y no al reconocimiento de caras.

2 La anosognosia es la falta de reconocimiento de la propia enfermedad o de las alteraciones que se padecen, muy característica en el Alzheimer. Algunos autores la incluyen entre las agnosias.

3 Belloch no recoge la topoagnosia en su clasificación de las agnosias, y la única que define por el reconocimiento de rostros es la prosopagnosia.

4 Es la definición que da Belloch de esta modalidad de agnosia visual.

Ojo. La topoagnosia no aparece en Belloch ni en los manuales de neuropsicología del corpus. Junqué y Barroso describen la autotopagnosia, incapacidad de identificar o señalar partes del cuerpo a través de la instrucción verbal (pág. 188), que tampoco tiene que ver con los rostros.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 216. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Pág. 188.

EN EL ATLAS

Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

68 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿A qué experiencia se refiere el término pareidolia?:

1 A una experiencia anómala infrecuente que a veces aparece en estados orgánicos y en la esquizofrenia.

2 A una experiencia en la que el paciente es incapaz de establecer los vínculos que suelen existir entre dos o más percepciones de diferentes modalidades sensoriales.

3 A una experiencia en la que el individuo proporciona organización y significado a un estímulo ambiguo o desestructurado. ✓

4 A una experiencia ilusoria en la que la persona identifica erróneamente un estímulo ambiguo.

La pareidolia da organización y significado a un estímulo ambiguo

Belloch describe las **ilusiones** como anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos y presenta dos modalidades: las pareidolias y las sensaciones de presencia. La **pareidolia** es una modalidad especial de ilusión en la que el individuo **proporciona una organización** o estructura física y, en consecuencia, **otorga un significado específico a un estímulo ambiguo**, poco estructurado, sujeto al juego libre de interpretación. Son ejemplos las «caras» que vemos en las nubes o en las llamas de una chimenea, y no son en absoluto patológicas. El manual la define como la **reconstrucción voluntaria y activa** de un estímulo ambiguo.

1 Belloch dice esto de las anomalías en la integración perceptiva: son poco frecuentes y a veces aparecen en los estados orgánicos y en la esquizofrenia. Las pareidolias, en cambio, no son en absoluto patológicas.

2 Describe las anomalías en la integración perceptiva, como la escisión perceptiva: la persona parece incapaz de establecer los nexos entre percepciones procedentes de modalidades sensoriales diferentes.

3 Es la definición del manual: organizar un estímulo ambiguo y otorgarle un significado específico.

4 Se acerca a la definición general de ilusión que recoge el DSM-5, «percepción equivocada, o interpretación errónea, de un estímulo externo real». Lo propio de la pareidolia es la reconstrucción voluntaria y activa del estímulo ambiguo para darle un significado o forma específicos.

Trampa. La opción 4 da la idea general de ilusión, la categoría a la que pertenece la pareidolia, y omite lo que la distingue: la persona construye el significado de forma activa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 152-153.

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

69 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

¿Qué afirmación es cierta respecto a los síntomas negativos en el espectro de la esquizofrenia?:

1 Los síntomas negativos tienen una mayor tasa de fiabilidad interjueces y precisión diagnóstica, que los síntomas positivos.

2 Los síntomas negativos secundarios serían intrínsecos a la esquizofrenia, mientras que los síntomas negativos primarios serían debidos a otras causas.

3 La presencia de síntomas negativos primarios y estables durante, al menos, seis meses, recibe el nombre de síndrome deficitario.

4 La anhedonia rasgo parece ser un factor de riesgo o vulnerabilidad para la psicosis. ✓

La anhedonia rasgo se ha encontrado como factor de riesgo para la psicosis

Belloch subraya que el impacto de los **síntomas negativos** no se restringe a las personas con diagnóstico de psicosis. Los síntomas negativos subumbral o subclínicos tienen un rol importante en la **etapa prodrómica** y predicen la transición al cuadro clínico. Por ejemplo, Radua et al. (2018) encontraron que la **anhedonia rasgo** era un **factor de riesgo para la psicosis**, y la anhedonia en muestras de la población general se ha considerado la expresión conductual de una vulnerabilidad latente a la psicosis. El capítulo añade cuatro aspectos de la dimensión negativa, que son los que deforman los distractores.

1 Belloch afirma lo contrario: los síntomas negativos tienen una menor tasa de fiabilidad interjueces y precisión diagnóstica, y son menos salientes que los síntomas positivos.

2 Invierte la definición. Los síntomas negativos primarios serían intrínsecos a la esquizofrenia y los secundarios, debidos a otras causas, como los síntomas positivos, los efectos secundarios de la medicación o el consumo de sustancias.

3 El síndrome deficitario se plantea cuando los síntomas negativos primarios son estables durante, al menos, un año. La opción reduce el plazo a seis meses.

4 Es el hallazgo de Radua et al. (2018) que recoge el manual.

Trampa. Los tres distractores toman los aspectos de la dimensión negativa que enumera el manual y cambian una pieza: el sentido de una comparación, el orden de primarios y secundarios o el plazo del síndrome deficitario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 353.

EN EL ATLAS

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

70

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Desde el punto de vista bioquímico, las depresiones se clasifican en:

1. Adrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
2. Noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica. ✓
3. Adrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
4. Adrenérgicas, noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.

Por el déficit de neurotransmisor, la depresión puede ser noradrenérgica, serotoninérgica, dopaminérgica o no biológica

Caballo resume los modelos bioquímicos de la depresión en dos grandes hipótesis: la **catecolaminérgica**, que asocia los estados depresivos a déficits de dopamina y noradrenalina, y la **serotoninérgica**. Su combinación es la **hipótesis permisiva**, según la cual el déficit serotoninérgico actuaría como factor de predisposición y haría falta, además, un déficit catecolaminérgico. Con estos datos, el manual distingue **cuatro grandes grupos** de depresión según el neurotransmisor deficitario: **noradrenérgica, serotoninérgica, dopaminérgica** y de **naturaleza no biológica**, que sería sinónimo de psicológica cuando pueden descartarse las anteriores.

1. Incluye un tipo «adrenérgico» que el manual no recoge. El primer grupo de la clasificación es la depresión noradrenérgica.
2. Coincide con los cuatro grupos que distingue el manual.
3. Es idéntica a la opción 1 en el cuadernillo y falla por lo mismo: el manual no habla de depresiones adrenérgicas.
4. Añade las depresiones adrenérgicas a los cuatro grupos del manual.

Ojo. Las opciones 1 y 3 son idénticas en el cuadernillo oficial. Como la clave es la 2, la repetición no afecta a la respuesta.

Trampa. Tres opciones llevan el término «adrenérgicas»; la única que no lo incluye reproduce la lista del manual.

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. 12, pág. 391.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Caballo (Consulta).

71 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según la conceptualización de Bowlby ¿qué caracteriza la depresión introyectiva?:

1 La excesiva dependencia de los demás.

2 El excesivo nivel de autocrítica y los elevados objetivos de logro. ✓

3 La excesiva sensibilización ante la pérdida.

4 La ira interiorizada.

La depresión introyectiva se caracteriza por la autocrítica y los objetivos de logro elevados

Al repasar las teorías psicológicas de la depresión, Caballo recoge que **Bowlby** (1983) y otros autores, desde la **teoría del apego**, postulan dos tipos de depresión. La **depresión anaclítica** se caracteriza por la excesiva dependencia de los demás. La **depresión introyectiva** se caracteriza por un **excesivo nivel de autocrítica** y **elevados objetivos de logro** difíciles de alcanzar, que desembocan con frecuencia en sentimientos excesivos de fracaso, inutilidad y culpa. Los otros dos conceptos de las opciones vienen de la formulación psicoanalítica clásica, que el manual expone justo antes.

1 La excesiva dependencia de los demás define la depresión anaclítica, el otro tipo que propone Bowlby.

2 Es la definición de la depresión introyectiva en el manual.

3 La excesiva sensibilización ante la pérdida procede de la teoría psicoanalítica: las pérdidas afectivas tempranas la generarían y llevarían a la persona a hacerse excesivamente dependiente del afecto y la aprobación de los demás.

4 La «ira interiorizada» es el concepto psicoanalítico de la ira u hostilidad hacia el objeto perdido y su posterior introyección. Según el manual, ya no se mantiene entre los teóricos psicodinámicos.

Trampa. «Introyectiva» recuerda la introyección de la ira de la teoría psicoanalítica (opción 4), pero en Bowlby nombra la depresión de la autocrítica y del logro.

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. 12, pág. 392.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Caballo (Consulta).

72 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes modelos sobre el trastorno de pánico incorpora tanto la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas como la percepción de autoeficacia sobre el pánico?:

1 El modelo integral de Barlow (1988).

2 El modelo integrador de Barlow (2003).

3 El modelo cognitivo integrado de Casey, Oei y Newcombe (2004) ✓

4 El modelo integrativo cognitivo de Rush, Shaw y Emery (2006).

Casey et al. añadieron al modelo de Clark la autoeficacia hacia el pánico

El modelo cognitivo de **Clark** explica el trastorno de pánico por la **interpretación catastrofista** de las sensaciones corporales. **Casey et al. (2004)** lo modificaron incorporando la **autoeficacia hacia el pánico**, una cognición positiva. Belloch lo llama **modelo cognitivo integrativo**: las cogniciones negativas (interpretaciones catastrofistas) y las positivas (autoeficacia ante el pánico) son los elementos mediadores del trastorno, y el modelo es básicamente una ampliación del de Clark. Caballo lo describe casi con las palabras del enunciado: su modelo integrador cognitivo incorpora tanto la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas como la percepción de autoeficacia sobre el pánico.

1 Caballo llama «modelo integral de Barlow» a su figura 8.1, adaptada de Barlow y Durand (2003). Encadena vulnerabilidades, falsas alarmas y aprensión ansiosa, sin la autoeficacia hacia el pánico.

2 El modelo integrador de Barlow y Durand (2003) enfatiza los aspectos psicológicos integrando factores biológicos y sociales, con las falsas alarmas y el condicionamiento interoceptivo. La autoeficacia la introdujeron Casey et al.

3 Es el modelo que integra las cogniciones negativas y las positivas como mediadores del pánico.

4 Rush, Shaw y Emery firman con Beck Cognitive therapy of depression (1979), que Caballo recoge en su bibliografía. Ninguno de los dos manuales les atribuye un modelo del pánico.

Trampa. Las cuatro opciones usan casi el mismo rótulo («integral», «integrador», «integrado», «integrativo»). Lo que decide es qué modelo añadió la autoeficacia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 51. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, págs. 243-245; bibliografía, pág. 885.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

73 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Qué diagnóstico es apropiado para un individuo que se preocupa por defectos que percibe en la apariencia de otra persona?:

1 Trastorno obsesivo-compulsivo.

2 Trastorno delitante.

3 Trastorno dismórfico corporal por poderes. ✓

4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Preocuparse por defectos que se perciben en otra persona es un trastorno dismórfico corporal por poderes

El DSM-5 describe el **trastorno dismórfico corporal por poderes** como una forma del trastorno en la que la persona se preocupa por **defectos que percibe en la apariencia de otra persona**. El DSM-5-TR añade que suele tratarse de alguien muy próximo, como el cónyuge o la pareja, aunque a veces es un progenitor, un hijo, un hermano o un extraño. La preocupación se centra en la **apariencia**, y eso es lo que separa este cuadro del **TOC** y del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

1 En el TOC las obsesiones no se limitan a la apariencia; si se limitan a ella, se diagnostica trastorno dismórfico corporal.

2 El trastorno delirante (la opción dice «delitante» por errata) no se diagnostica por creencias sobre el aspecto: aunque sean delirantes, se diagnostica trastorno dismórfico corporal con ausencia de introspección.

3 Es la forma que describe el manual.

4 El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva implica un patrón de perfeccionismo excesivo y rígido control, sin preocupación por el aspecto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno dismórfico corporal, págs. 244 y 246; trastorno obsesivo-compulsivo, pág. 242.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 114, PIR 2017 · n.º 144, PIR 2014 · n.º 94

74

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿A qué tipo de trastorno pertenece, más propiamente, la conducta recurrente de arrancarse el bello púbico o perirrectal con intentos repetidos de dejar de hacerlo?:

1. Trastorno de arrancarse el pelo. ✓
2. Trastorno obsesivo-compulsivo.
3. Parafilia no especificada.
4. Trastorno delirante.

Arrancarse el vello púbico o perirrectal e intentar dejarlo es tricotilomanía

La **tricotilomanía** o trastorno de arrancarse el pelo exige arrancarse el pelo de forma recurrente hasta perderlo (criterio A) e **intentos repetidos de disminuir o dejar** de hacerlo (criterio B). Puede afectar a cualquier región donde crezca pelo. Las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, y las menos comunes, el vello axilar, el facial, el **púbico** y el de las regiones **perirrectales**. El caso reúne los dos rasgos y no menciona obsesiones, intereses sexuales ni ideas delirantes que apunten a otro diagnóstico.

1. Es la tricotilomanía, con una localización poco común pero descrita y con el criterio B.
2. En el TOC el arrancamiento aparece como parte de rituales, por ejemplo de simetría, y en ese caso no se diagnostica tricotilomanía.
3. Nada indica un interés sexual en la conducta; la localización púbica no la convierte en parafilia.
4. Eliminar el vello en respuesta a un delirio o una alucinación es un diagnóstico diferencial, pero el caso no menciona síntomas psicóticos.

Trampa. La localización íntima busca desviar hacia la parafilia. Lo que define el cuadro es la conducta repetida y los intentos de dejarla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Tricotilomanía, págs. 251-254.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 144, PIR 2023 · n.º 70

75 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Qué alteración del pensamiento se produce cuando la persona interrumpe su discurso antes de que su idea se haya completado, y puede no recordar lo que estaba diciendo? :

1 Descarrilamiento.

2 Bloqueo. ✓

3 Latencia del habla incrementada.

4 Parálisis del pensamiento.

En el bloqueo el discurso se detiene antes de completar la idea y la persona no recuerda qué decía

Entre los trastornos formales del pensamiento de Andreasen, Belloch define el **bloqueo** como una **detención o parada súbita del discurso** antes de que la idea se haya completado, hasta el punto de que, tras unos segundos, la persona dice que **no puede recordar de qué estaba hablando** o qué quería decir. Según Andreasen, solo debe diagnosticarse si el paciente lo describe, de forma espontánea o al preguntarle por su silencio. Hay que diferenciarlo del **habla distraída**, porque en el bloqueo no hay distracción, y de las ausencias epilépticas. Se da en muchos trastornos y también en personas sin trastorno mental.

1 En el descarrilamiento las ideas no se relacionan entre sí o lo hacen de manera tangencial, y el paciente se va alejando del tema sin darse cuenta. El discurso no se interrumpe.

2 Es la definición del bloqueo en la clasificación de Andreasen.

3 Vallejo Ruiloba describe el aumento de latencia de respuesta: el lenguaje es normal, pero tarda más en empezar a responder tras la pregunta. Es propio de las depresiones melancólicas, sin interrupción de una idea ya iniciada.

4 «Parálisis del pensamiento» no figura entre los trastornos formales del pensamiento que recoge Belloch ni en la clasificación de Vallejo Ruiloba.

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. 234 y 238. 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), págs. e-700 y e-707.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

Respuesta correcta: 3

En los últimos años han aparecido opiáceos nuevos, como la oxicodona y los fentanilos. Al respecto, cabe afirmar lo siguiente:

1 La oxicodona produce una menor dependencia que los fentanilos.

2 Los fentanilos son derivados de la tebaína.

3 Los fentanilos son de 50 a 100 veces más potentes que la morfina. ✓

4 Los síntomas digestivos muy frecuentes de la oxicodona son la disfagia, la gastritis y la ulceración de la boca.

Los fentanilos son opiáceos sintéticos entre 50 y 100 veces más potentes que la morfina

Belloch recoge la introducción en los últimos años de nuevos opiáceos, como la **oxicodona** y los **fentanilos**, que en Estados Unidos han provocado una nueva epidemia de consumo. La oxicodona es un fármaco opioide **derivado de la tebaína**, adictiva como cualquier opiáceo, que se usa para el dolor; produce fuerte dependencia e importante tolerancia, y su consumo puede ser letal. Quien no la consigue puede pasar a los **fentanilos**, **opiáceos sintéticos** similares a la morfina, pero de **50 a 100 veces más potentes**, que se usan para dolores intensos, como tras una operación quirúrgica.

1 El manual no compara la dependencia de ambas sustancias. Subraya la fuerte dependencia que produce la oxicodona, junto a una importante tolerancia.

2 La derivada de la tebaína es la oxicodona. Los fentanilos son opiáceos sintéticos.

3 Es el dato que da el manual.

4 El manual no atribuye esos síntomas a la oxicodona. Entre los síntomas de la abstinencia de opiáceos recoge las náuseas o vómitos y la diarrea.

Trampa. La opción 2 traslada a los fentanilos un dato verdadero de la oxicodona (derivada de la tebaína).

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. 501-502.

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

77

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género · Anulada

Anulada

Señale cuál de las siguientes opciones NO se corresponde con cambios que el DMS-5 ha introducido con relación a las disfunciones sexuales:

1. Desaparece el trastorno de aversión al sexo como categoría independiente y dicho problema deja de ser objeto de diagnóstico.
2. El deseo sexual hipoactivo deja de ser común para hombres y mujeres y se refiere solo a los hombres.
3. La anterior "dispareunia" y el "vaginismo" se funden en la etiqueta de "trastorno de dolor génito-pélvico/penetración".
4. Desaparece la categoría de "trastorno sexual debido a una enfermedad médica".

La aversión al sexo deja de ser una categoría propia en el DSM-5, pero sigue pudiendo registrarse

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Belloch enumera los cambios del DSM-5 en las disfunciones sexuales. Desaparece el **trastorno por aversión al sexo** como categoría independiente, aunque el problema puede registrarse como **otra disfunción sexual especificada**. El deseo sexual hipoactivo pasa a referirse solo a los hombres. Dispareunia y vaginismo se funden en el **trastorno de dolor genitopélvico/penetración**, y desaparece el **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. La opción 1 une una parte cierta y otra falsa. El Ministerio no publicó el motivo de la anulación.

1. Clave provisional. Es cierto que la aversión desaparece como categoría independiente, pero el problema sigue pudiendo diagnosticarse como otra disfunción sexual especificada.
2. Es uno de los cambios que recoge Belloch: el deseo sexual hipoactivo se refiere solo a los hombres, y en la mujer el bajo interés se funde con la excitación.
3. Es otro cambio real: dispareunia y vaginismo se funden en el trastorno de dolor genitopélvico/penetración.
4. También es un cambio real: el DSM-5 conserva la disfunción inducida por sustancias/medicamentos y suprime el trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 444. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Otra disfunción sexual especificada, pág. 450; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 814.

EN EL ATLAS: Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 202, PIR 2016 · n.º 82, PIR 2022 · n.º 49

78 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Una de las teorías orgánicas clásicas (H. Jackson) del fenómeno alucinatorio sostiene que éste deriva de:

1 Liberación de la actividad nerviosa en zonas corticales sensoriales primarias, por una pérdida de la inhibición de las zonas corticales o subcorticales de asociación dañadas por diversos procesos patológicos. ✓

2 Un número creciente de neuronas corticales, la abundancia de placas seniles, la degeneración neurofibrilar, y la acumulación creciente de lipofuscina.

3 Una actividad noradrenérgica incrementada, debido posiblemente a la existencia de hiperactividad del locus coeruleus, principal origen de neuronas noradrenérgicas del sistema nervioso central.

4 Una excesiva producción de dopamina por parte de las neuronas que la transmiten, un déficit de la cantidad de dopamina en la unión sináptica, y una hiperactividad funcional de las neuronas receptoras.

Para Jackson la alucinación es actividad liberada en la corteza sensorial primaria

Vallejo Ruiloba expone las hipótesis del fenómeno alucinatorio. La **teoría orgánica clásica** sostiene que deriva de la **liberación de la actividad nerviosa** en zonas corticales sensoriales primarias, por una **pérdida de la inhibición** de las zonas corticales o subcorticales de asociación dañadas por diversos procesos patológicos. La desarrolló **Hughlings Jackson**, y en ella la alucinación es un fenómeno «positivo», no relacionado con el lugar de la lesión, sino resultado de la actividad autónoma de las estructuras que han quedado a salvo del daño. Belloch recuerda que de Jackson procede la distinción entre síntomas positivos y negativos.

1 Es la teoría orgánica clásica tal como la expone Vallejo Ruiloba.

2 Recuerda el estudio anatomopatológico de la enfermedad de Alzheimer, que según Belloch (2008) muestra un número decreciente de neuronas corticales, placas seniles, degeneración neurofibrilar y acumulación creciente de lipofuscina. Nada tiene que ver con las alucinaciones.

3 El locus coeruleus y la noradrenalina aparecen en Belloch entre los componentes centrales del sistema del estrés. No forman parte de la teoría de Jackson.

4 Deforma los mecanismos de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, que Belloch (2008) formula con un exceso de dopamina en la unión sináptica; la opción lo cambia por un déficit.

Trampa. Los distractores 2 y 4 copian listas reales de otros temas (la anatomía patológica del Alzheimer y la hipótesis dopaminérgica) y cambian una palabra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 44 (Gastó y Navarro, Psicopatología de la percepción), pág. e-690. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 346. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 425; cap. 23, pág. 627. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 391.

EN EL ATLAS

Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Vallejo Ruiloba (Ampliación).

79

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

Con respecto al curso de la anorexia nerviosa (AN), indique la respuesta correcta:

1. Existe un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con AN. ✓
2. Las personas con AN presentan un curso fluctuante o crónico, pero no se recuperan totalmente tras un único episodio.
3. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la AN es de aproximadamente un 10% por década.
4. Las anomalías cerebrales (detectadas con imágenes funcionales) responden claramente a alteraciones asociadas a la desnutrición pero no son anomalías primarias asociadas al trastorno.

En el DSM-5, los familiares de primer grado de la anorexia tienen más riesgo de trastornos depresivos y bipolares

Entre los factores genéticos y fisiológicos de la **anorexia nerviosa**, el DSM-5 recoge un mayor riesgo de anorexia y bulimia en los familiares de primer grado y también un mayor riesgo de **trastornos depresivos y bipolares** en esos familiares, sobre todo en los del tipo con atracones/purgas. Del curso dice que es muy variable: unos se **recuperan completamente** tras un solo episodio, otros fluctúan y otros siguen un curso crónico. La **tasa bruta de mortalidad** es de aproximadamente un 5 % por década, y no está claro si las anomalías cerebrales son efecto de la desnutrición o primarias.

1. Es la frase del DSM-5 sobre el riesgo familiar.
2. Algunas personas se recuperan completamente después de un solo episodio.
3. El DSM-5 da un 5 % por década. El 10 % era la mortalidad a largo plazo que el DSM-IV citaba en personas hospitalizadas en centros universitarios.
4. El manual dice que no está claro si esas anomalías reflejan la desnutrición o son primarias del trastorno.

> **Trampa.** El 10 % de la opción 3 es una cifra real, pero de otra edición y de otra población.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, desarrollo y curso y factores de riesgo, pág. 342. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Anorexia nerviosa, curso, pág. 557.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 103, PIR 2023 · n.º 120, PIR 2017 · n.º 175

80

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes es una característica de los pensamientos automáticos negativos?:

1. No guardan relación con la búsqueda de soluciones acerca de los problemas. ✓
2. Son vagos y poco claros, no concretos ni específicos.
3. La persona los reconoce como absurdos.
4. La persona lucha contra ellos porque le general ansiedad.

Los pensamientos automáticos negativos no surgen de buscar una solución a los problemas

Beck llamó **automáticos** a estos pensamientos porque no se producían dentro de una línea de razonamiento ni cuando el paciente buscaba una solución a algún problema: simplemente aparecían muy rápido, como un acto reflejo. Belloch los define como **autoafirmaciones negativas**, autodepreciativas, breves y repetitivas que aparecen de forma repentina en el flujo de pensamientos y **no guardan relación con la búsqueda de soluciones**. Además son **concretos y específicos**, el paciente los considera **plausibles y razonables** y no hace nada para desecharlos o contrarrestarlos, cualidad que, junto a su carácter egosintónico, los diferencia de las **obsesiones**.

1. Es la característica que da nombre a estos pensamientos y que recoge la definición del manual.
2. Belloch dice lo contrario: no son vagos o poco claros, sino concretos, específicos y casi telegráficos.
3. El paciente los considera plausibles y razonables y acepta su validez sin cuestionarlos.
4. Cuando irrumpen, el paciente se fija en ellos y no hace nada para desecharlos, suprimirlos, ignorarlos o contrarrestarlos. Esa es una de las diferencias con las obsesiones.

Trampa. Las opciones 3 y 4 describen rasgos de las obsesiones, que Belloch contrapone a los pensamientos automáticos en el mismo apartado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 244.

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

81

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Respecto de la dimensión desorganizada o cognitiva en el espectro de la esquizofrenia, cabe afirmar lo siguiente:

1. Dentro de las alteraciones del habla/pensamiento desorganizado, aquellas que son de carácter sintáctico y semántico tienden a ser las más duraderas.
2. Las alteraciones del habla/pensamiento de tipo positivo se parecían claramente en los trastornos de inicio tardío.
3. En el ámbito de la neurocognición, en las personas con esquizofrenia, predominan síntomas como la afectación de la memoria verbal y la velocidad de procesamiento. ✓
4. En el caso de los déficits en cognición social, la evidencia muestra que las principales relaciones son con la anhedonia y se observan en el inicio pero se van disipando durante el curso de la esquizofrenia hasta desaparecer en la remisión.

En la neurocognición de la esquizofrenia predominan la afectación de la memoria verbal y la velocidad de procesamiento

Belloch estudia la **dimensión desorganizada** desde el habla/pensamiento desorganizado y desde la **cognición**. En la cognición no social o **neurocognición** (velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria verbal, memoria operativa, atención, razonamiento), siguiendo el consenso MATRICS, las personas con esquizofrenia obtienen resultados de 0,75 a 1,5 desviaciones estándar del funcionamiento sano. **Predominan la afectación de la memoria verbal y la velocidad de procesamiento**, mientras que en el trastorno bipolar destacan los problemas de las funciones ejecutivas. El deterioro cognitivo se inicia antes de la psicosis y parece estabilizarse tras el primer episodio.

1. Según el manual, las alteraciones positivas del habla/pensamiento (déficits sintácticos y semánticos) tienden a ser menos duraderas que las negativas.
2. Las alteraciones positivas son características de los momentos iniciales de las psicosis y no se aprecian claramente en los trastornos de inicio tardío.
3. Es lo que el manual dice de la neurocognición en la esquizofrenia.
4. Las principales relaciones de la cognición social se han establecido con la alogia, y se aprecian durante el inicio, continúan durante el curso de la esquizofrenia y persisten en la remisión.

Trampa. Cada distractor invierte un dato del mismo apartado: más duraderas por menos duraderas, se aprecian por no se aprecian, persisten por desaparecen, y alogia por anhedonia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 349.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

82 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género Anulada

Anulada

Respecto de la disforia genital cabe afirmar lo siguiente:

1. Su persistencia (desde la infancia a la adolescencia o a la adultez) en hombres es del 12% al 50%.
2. La persistencia presenta una correlación muy alta con la gravedad con que se evaluó en la infancia.
3. En adolescentes y adultos nacidos mujeres el inicio tardío es mucho más frecuente que en los nacidos hombres.
4. En adolescentes y adultos nacidos hombres, la disforia de inicio temprano puede tener un periodo en que cesa de modo que los individuos se identifican como gays u homosexuales.

La disforia de género de comienzo temprano en los nacidos varones puede cesar un tiempo y reaparecer

El Ministerio **anuló** la pregunta ya en la plantilla provisional, sin clave. Sus opciones salen del apartado de desarrollo y curso de la **disforia de género** del DSM-5. La persistencia desde la infancia oscila entre el 2,2 y el 30 % en los nacidos varones y entre el 12 y el 50 % en las nacidas mujeres, y se correlaciona **modestamente** con la gravedad evaluada en la infancia. En los nacidos varones, la forma de **comienzo temprano** puede tener un período intermitente en el que la disforia cesa y la persona se identifica como gay u homosexual, y la de **comienzo tardío** es mucho menos común en las nacidas mujeres. El enunciado habla de «disforia genital», un término que el manual no usa.

1. El 12-50 % es la persistencia en las nacidas mujeres; en los nacidos varones el DSM-5 da un 2,2-30 %.
2. La persistencia se correlaciona modestamente con la gravedad evaluada en la infancia, y no de forma muy alta.
3. En las nacidas mujeres el curso más común es el de comienzo temprano; el tardío es mucho menos común que en los nacidos varones.
4. Es lo que describe el DSM-5 para los nacidos varones de comienzo temprano.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, págs. 455-456.

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 2019 · n.º 178, PIR 2020 · n.º 93, PIR 2021 · n.º 110, PIR 2021 · n.º 124

83 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

En el trastorno bipolar:

1. La probabilidad de suicidio es menor que en los trastornos depresivos.
2. Se da una mayor probabilidad de sufrir síntomas atípicos que en las depresiones unipolares. ✓
3. El número de mujeres afectadas es mayor que el número de hombres, mientras que en los trastornos depresivos la diferencia entre sexos es menor.
4. Se dan tasas de cronicidad menores que en los trastornos depresivos.

Los síntomas atípicos son más frecuentes en los trastornos bipolares que en los depresivos

Belloch recuerda que la única dicotomía que ha sobrevivido en los sistemas de clasificación es la de los cuadros **unipolares y bipolares**, y que, aunque las depresiones «unipolares» no tienen cualidades diferentes de las que se observan en los trastornos bipolares, hay diferencias en algunas características epidemiológicas y clínicas. Las recoge la **tabla 6.1**: en los trastornos bipolares los **síntomas atípicos** (p. ej., hipersomnia, psicóticos, retardo psicomotor) son **más frecuentes**, el riesgo de suicidio durante la depresión es mayor, la proporción mujeres/hombres es de 1/1 y la cronicidad media llega al 25 %.

1. El riesgo de suicidio durante la depresión es mayor en los trastornos bipolares que en los depresivos.
2. Es lo que recoge la tabla 6.1 de Belloch.
3. Invierte la tabla: la razón mujeres/hombres es de 2/1 en los trastornos depresivos y de 1/1 en los bipolares.
4. La cronicidad media es del 25 % en los trastornos bipolares y del 10-15 % en los depresivos.

TABLA 6.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS BIPOLARES (ADAPTADO DE VÁZQUEZ Y SANZ, 2008; MORENO ET AL., 2012)

	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Características personales y familiares		
Historia de manía o hipomanía	No	Sí
Historia familiar	Unipolar	Unipolar y bipolar
Riesgo de trastornos anímicos en familiares	Más bajo	Más alto
Antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos	Infrecuente	Frecuente
Epidemiología		
Porcentaje sobre el total de trastornos afectivos	90	10
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Mujeres/hombres	2/1	1/1
Prevalencia vital total (España)	14 %	2-4 % (?)
Mujeres	18 %	
Hombres	9 %	
Prevalencia 12 meses (España)	4 %	
Mujeres	6 %	
Hombres	3 %	
Historia natural		
Número medio de episodios vitales	4-5	8-9
Duración media del episodio depresivo (meses)	8	4
Existencia de síntomas atípicos (p. ej., hipersomnia, psicóticos, retardo psicomotor)	Menos frecuentes	Más frecuentes
Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad	Más frecuentes	Menos frecuentes
Porcentaje de recaídas a lo largo de la vida	75 %	90 %
Cronicidad media	10-15 %	25 %
Fracaso en relaciones de pareja	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios depresivos en periparto	Menos común	Más común
Riesgo de suicidio durante la depresión	Menor	Mayor
Respuesta terapéutica		
Terapias psicológicas	Buena	Buena
Antidepresivos tricíclicos	Buena	Menos buena, puede cambiar a hipomanía
Litio	Sin efecto agudo	Efecto intenso antimaníaco y moderado antidepresivo

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 6, tabla 6.1, págs. 201-202

Trampa. Los distractores toman filas reales de la tabla 6.1 y cambian el sentido de la comparación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 201-202.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 113

84

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Respecto de las diferencias clínicas en la esquizofrenia, en función del sexo, cabe afirmar lo siguiente:

1. En los hombres se aprecian más ideas delirantes de grandiosidad, y en las mujeres más alucinaciones y comportamiento extraño. ✓
2. Los hombres inician el proceso psicótico más tarde que las mujeres.
3. Entre las mujeres se observan síntomas generalmente más graves de la dimensión negativa.
4. La mortalidad se asocia más a las mujeres.

En la esquizofrenia los hombres muestran más grandiosidad y las mujeres más alucinaciones y comportamiento extraño

Belloch y colaboradores resumen las diferencias por sexo en la **esquizofrenia**. Los **hombres inician antes** el proceso psicótico (15-24 años) y las mujeres lo hacen de tres a cuatro años más tarde. Entre los hombres se observan síntomas más graves de la **dimensión negativa** e **ideas delirantes de grandiosidad**, y en las mujeres, **más alucinaciones y comportamiento extraño**. La **mortalidad** está más asociada a los hombres. El DSM-5 coincide en que la edad de inicio es posterior en las mujeres y en que estas presentan menos síntomas negativos y desorganización, con un funcionamiento social mejor preservado.

1. Es la frase de Belloch.
2. Los hombres inician antes, entre los 15 y los 24 años, y las mujeres de tres a cuatro años más tarde.
3. Los síntomas negativos más graves se observan en los hombres, y el DSM-5 describe en las mujeres menos síntomas negativos y desorganización.
4. La mortalidad está más asociada a los hombres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 357. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Esquizofrenia, págs. 102-104.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 210, PIR 2025 · n.º 134

85 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno psicótico breve o agudo y transitorio cabe afirmar lo siguiente:

1 Suele cursar con síntomas negativos pero NO con catatonia.

2 Se estima una edad media de inicio a los 20 años.

3 Se estima que representan el 9% de los primeros episodios de psicosis, con mayor incidencia en mujeres. ✓

4 El diagnóstico requiere la remisión completa de los síntomas antes de transcurridos dos meses.

El DSM-5 cifraba el trastorno psicótico breve en el 9 % de los primeros episodios, con predominio femenino

En el apartado de prevalencia, el DSM-5 dice que en Estados Unidos el **trastorno psicótico breve** puede suponer el **9 % de los casos de primer episodio de psicosis** y que es dos veces más frecuente en las mujeres. Los demás datos de las opciones salen del mismo texto con un cambio. El criterio A exige síntomas psicóticos **positivos** y admite el comportamiento catatónico, la **edad media de inicio** es la **mitad de la treintena** y el diagnóstico requiere la remisión completa y el retorno completo al funcionamiento premórbido **antes de 1 mes**.

1 El criterio A incluye el comportamiento muy desorganizado o catatónico, el manual permite especificar «con catatonía» y los síntomas que definen el trastorno son positivos.

2 La edad media de inicio es la mitad de la treintena.

3 Son los dos datos de prevalencia del DSM-5.

4 La remisión y el retorno completo al funcionamiento premórbido tienen que producirse antes de transcurrido 1 mes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno psicótico breve, págs. 94-95.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 123, PIR 2014 · n.º 118, PIR 2025 · n.º 128, PIR 2021 · n.º 79

86 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad · Anulada

Anulada

¿Cuál de las siguientes opciones NO hace referencia a una afección orgánica conocida por presentar ansiedad como manifestación sintomática?:

1. Cromofeocitoma.
2. Porfiria.
3. Deficiencia de vitamina B12.
4. Enfermedad de Wilson.

La clave provisional estaba mal escrita y la enfermedad de Wilson no figura entre las causas orgánicas de ansiedad del DSM-5

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. El DSM-5 enumera, entre las afecciones orgánicas conocidas por producir ansiedad, enfermedades endocrinas como el **feocromocitoma**, trastornos metabólicos como la **deficiencia de vitamina B12** y la **porfiria**, además de trastornos cardiovasculares, respiratorios y neurológicos. La opción 1 escribe «cromofeocitoma», un término que no coincide con el del manual. Si se lee como feocromocitoma, la opción que no aparece en la lista es la **enfermedad de Wilson**, y la pregunta queda con dos respuestas posibles según cómo se interprete la errata.

1. Clave provisional. El término no coincide con el del manual, que recoge el feocromocitoma entre las enfermedades endocrinas que producen ansiedad.
2. La porfiria figura entre los trastornos metabólicos de la lista.
3. La deficiencia de vitamina B12 también es un trastorno metabólico de la lista.
4. La enfermedad de Wilson no aparece entre los ejemplos del DSM-5, así que, leída la opción 1 como feocromocitoma, sería la respuesta.

> **Ojo.** La lista del manual es de ejemplos, así que la ausencia de la enfermedad de Wilson no demuestra que no pueda producir ansiedad. Es otra razón por la que la pregunta no tenía una respuesta segura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, pág. 231.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 111

87 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

De acuerdo con el modelo metacognitivo de Wells (1999) sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA? :

1 Las preocupaciones tipo 1 hacen referencia a las situaciones externas o internas de naturaleza cognitiva. ✓

2 Las personas con TAG mantienen creencias negativas sobre las consecuencias de la preocupación.

3 Las personas con TAG intentan evitar los desencadenantes de la preocupación para prevenir las consecuencias.

4 Las personas con TAG mantienen una ambivalencia entre controlar las preocupaciones y la necesidad de preocuparse.

Las preocupaciones tipo 1 de Wells versan sobre situaciones externas o síntomas internos no cognitivos

El modelo metacognitivo de **Wells** distingue dos formas de preocupación. La **tipo 1** se refiere a preocupaciones cotidianas sobre situaciones externas (dinero, pareja, trabajo, salud) y a sucesos internos **no cognitivos**, como los síntomas físicos, y se mantiene por **metacreencias positivas** sobre la utilidad de preocuparse. La **tipo 2** es la **metapreocupación**: preocuparse por la propia preocupación, activada por metacreencias negativas sobre su incontrolabilidad y peligrosidad. La opción 1 es falsa porque atribuye a la tipo 1 un contenido cognitivo, que es justo lo que define a la tipo 2.

1 Es la afirmación falsa: la tipo 1 trata situaciones externas o síntomas internos no cognitivos, y la preocupación sobre los sucesos cognitivos es la tipo 2.

2 Es cierta. Las personas con TAG tienen creencias negativas sobre el proceso y las consecuencias de la preocupación, y estas dan lugar a la preocupación tipo 2.

3 Es cierta. Para prevenir las consecuencias negativas de la preocupación ponen en marcha conductas de evitación de los estímulos que la desencadenan, y así no reciben la evidencia que la desmentiría.

4 Es cierta. Las personas con TAG mantienen a la vez creencias positivas sobre la necesidad de preocuparse y estrategias para controlar la preocupación, como la supresión del pensamiento; el manual describe la preocupación excesiva como resultado de esa interacción.

Ojo. Ni Belloch ni Caballo usan la palabra «ambivalencia» de la opción 4. La afirmación se sostiene porque ambos describen la coexistencia de metacreencias positivas (preocuparse es necesario) con estrategias de control de la preocupación.

Trampa. Pregunta en negativo: hay que marcar la única afirmación falsa, que confunde la preocupación tipo 1 con la tipo 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 60-61. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, págs. 354-355.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

88 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

Según Jaspers, los delirios primarios (a diferencia de los delirios secundarios) se caracterizan por lo siguiente:

1 Ocurren en respuesta a otro fenómeno anómalo (afecto, percepción, etc.)

2 Son ideas autónomas, sin causa externa aparente. ✓

3 Son comprensibles a partir de la historia clínica y un examen del estado mental.

4 Son el primer síntoma que aparece en la evolución del trastorno.

El delirio primario de Jaspers es autónomo e inderivable de otros procesos psíquicos

Desde la fenomenología, **Jaspers** distinguió las auténticas **ideas delirantes** de las **ideas deliroides**. La primera es un fenómeno primario, original e inderivable que surge autóctonamente. Belloch define el **delirio primario** como ideas delirantes **autónomas, originales, inderivables e incomprensibles** desde el punto de vista psicológico: no tienen su origen en una experiencia anómala previa, y al examinar la historia del paciente, su estado emocional y su entorno no se puede delimitar su origen. El **delirio secundario**, en cambio, surge como intento de explicación de experiencias anómalas previas y es comprensible psicológicamente.

1 Describe el delirio secundario, que surge comprensiblemente de otros procesos psíquicos, como una alucinación o un estado de ánimo maníaco.

2 Es la definición de delirio primario: autónomo, original e inderivable.

3 El manual dice esto del delirio secundario: resulta comprensible cuando se dispone de una historia clínica y un examen detallado del estado mental.

4 «Primario» se refiere en Jaspers al origen del delirio (autónomo e inderivable), y no a su orden de aparición en el curso del trastorno.

Trampa. La opción 4 juega con el doble sentido de «primario»: el manual lo usa como inderivable, no como primero en el tiempo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 257.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 141

89 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 4

¿Qué alteración experimenta un paciente que presenta una indiferencia y falta de reacción al ambiente que le rodea, e incluso puede permanecer inmóvil, y requiere de estímulos muy potentes para salir de ese estado? :

1 Obnubilación.

2 Somnolencia.

3 Sopor.

4 Estupor. ✓

El estupor es el estado de conciencia disminuida del que solo sacan estímulos muy potentes

Belloch ordena los estados de disminución del nivel de conciencia de menor a mayor gravedad: obnubilación, somnolencia (letargia o sopor), estupor y coma. El **estupor** es un estado **más intenso y profundo** en el que el paciente **permanece inmóvil**, dormido, y solo alcanza un ligero y transitorio estado de vigilia mediante **estímulos muy potentes**, como estímulos dolorosos de gran intensidad. No emite conducta intencional y es imposible explorar el contenido del pensamiento. Se suele considerar el antecedente inmediato del **coma**. Vallejo Ruiloba destaca, igualmente, que su signo más llamativo es la inmovilidad.

1. La obnubilación es el primer estadio de disminución del nivel de conciencia: se requieren estímulos de cierta intensidad, pero el paciente puede entender y ejecutar lentamente órdenes sencillas, como sacar la lengua.
2. En la somnolencia el paciente se queda dormido en cuanto se reduce la estimulación y los estímulos deben ser más intensos para provocar una reacción, pero conserva los reflejos y puede llegar a hablar.
3. Belloch usa sopor como sinónimo de somnolencia y letargia, un estadio menos grave que el estupor.
4. Es el estado de inmovilidad del que solo se sale, de forma ligera y transitoria, con estímulos muy potentes.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son sinónimos en el manual (somnolencia, letargia o sopor), así que ninguna de las dos puede ser la única correcta.

Para fijarlo. Obnubilado aún obedece órdenes sencillas; somnoliento se duerme si nadie lo estimula; en estupor solo un estímulo muy fuerte lo despierta un momento; en coma, ni eso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 133-134. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41 (Psicopatología de la conciencia), pág. e-648.

EN EL ATLAS

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

90 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 4

Algunas características clínicas de la anorexia nerviosa se asemejan o solapan con criterios para diferentes trastornos (DSM-5). Indique cuál de las siguientes opciones es la más acertada con respecto a la afirmación anterior:

1. Trastorno distímico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada.
2. Trastorno de pánico y agorafobia, trastorno adaptativo y trastorno obsesivo compulsivo.
3. Trastorno de despersonalización, trastorno mixto de ansiedad y depresión, y fobia social.
4. Fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal. ✓

La anorexia nerviosa se solapa con la ansiedad social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal

El DSM-5 dice que algunas características de la **anorexia nerviosa** se solapan con los criterios de la fobia social (hoy **trastorno de ansiedad social**), el **TOC** y el **trastorno dismórfico corporal**. Estas personas pueden sentirse humilladas si las ven comer en público, tener obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida o preocuparse por un defecto imaginario. Por eso el manual solo admite el diagnóstico añadido cuando los miedos sociales, las obsesiones o la preocupación por el aspecto no se limitan a la comida, el peso o la figura.

1. Ni el trastorno distímico (hoy trastorno depresivo persistente) ni el trastorno de ansiedad generalizada aparecen en el diagnóstico diferencial de la anorexia del DSM-5.
2. El trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno adaptativo no figuran en ese apartado; solo coincidiría el TOC.
3. La despersonalización y el trastorno mixto de ansiedad y depresión no figuran; solo coincidiría la fobia social.
4. Son los tres trastornos que cita el DSM-5.

Trampa. Cada distractor mezcla uno de los tres trastornos correctos con otros que el manual no cita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, diagnóstico diferencial, pág. 344.

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

91 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

El sonambulismo es una parasomnia que sucede preferentemente en la fase de:

1 Adormecimiento (fase 1 de sueño).

2 Segundo tercio de la noche.

3 Sueño REM.

4 Sueño lento profundo (fases 3 y 4 de sueño). ✓

El sonambulismo surge sobre todo del sueño de ondas lentas

Según el DSM-5, los episodios de sonambulismo **comienzan durante cualquier estadio del sueño no REM**, pero con más frecuencia durante el **sueño de ondas lentas**, y por eso ocurren sobre todo en el **primer tercio de la noche**. Durante el episodio el sujeto tiene la mirada en blanco, responde poco a los demás y, si se le despierta, apenas recuerda lo ocurrido. El DSM-5-TR conserva la misma descripción.

1 La fase de adormecimiento es la transición de la vigilia al sueño, no la típica del sonambulismo.

2 Los episodios se concentran en el primer tercio de la noche.

3 El sonambulismo es una parasomnia del sueño no REM.

4 Es el sueño de ondas lentas que describe el DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, págs. 400 y 402.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 227, PIR 2014 · n.º 157

92 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

Respecto del desarrollo y curso de la narcolepsia señale la opción INCORRECTA:

1 El comienzo abrupto en niños prepuberales puede asociarse con la obesidad.

2 El curso suele ser persistente y dura toda la vida.

3 En el 90% de los casos el primer síntoma que se manifiesta es la somnolencia.

4 En los niños, la parálisis del sueño se desarrolla normalmente tras la pubertad. ✓

En los niños, la parálisis del sueño aparece alrededor de la pubertad

Todas las opciones salen del apartado de **desarrollo y curso** de la narcolepsia del DSM-5, y la incorrecta cambia un detalle. El manual dice que el **comienzo abrupto** en niños prepuberales puede asociarse con obesidad y pubertad prematura, que una vez manifestado el trastorno el curso es **persistente y dura toda la vida**, y que en el 90 % de los casos el primer síntoma es la **somnolencia**, seguida de la cataplejía. Sobre la parálisis del sueño en los niños, dice que se desarrolla normalmente **alrededor de la pubertad** y tiene un comienzo prepuberal.

1 Es una frase verdadera del manual. El comienzo abrupto en niños prepuberales puede asociarse con obesidad y pubertad prematura.

2 También es verdadera, porque una vez manifestado el trastorno el curso es persistente y dura toda la vida.

3 Es verdadera. En el 90 % de los casos el primer síntoma es la somnolencia o el aumento de sueño.

4 Es la afirmación falsa, porque el DSM-5 sitúa la parálisis del sueño infantil alrededor de la pubertad y con comienzo prepuberal.

Trampa. En las preguntas de «señale la incorrecta» sobre el curso, tres opciones son frases literales y la cuarta cambia una sola palabra («tras» por «alrededor de»).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Narcolepsia, pág. 375.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 106, PIR 2025 · n.º 102

93 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

Según el DMS-5 la preferencia por el travestismo es una característica de la disforia de género:

1 En chicos (género asignado). ✓

2 En adolescentes.

3 En adultos.

4 A cualquier edad.

La preferencia por el travestismo es un criterio de la disforia de género en los chicos

El criterio **A2** de la **disforia de género en niños** dice que en los chicos (sexo asignado) hay una fuerte **preferencia por el travestismo** o por simular el atuendo femenino, y en las chicas una fuerte preferencia por vestir solo ropas típicamente masculinas y resistencia a las femeninas. Los criterios para **adolescentes y adultos** son distintos: hablan de la incongruencia con los caracteres sexuales y del deseo de ser y de ser tratado como del otro sexo, sin mencionar la ropa. Por eso la característica es propia de los **chicos** de la opción 1.

1 Es el criterio A2 de la disforia de género en niños, referido a los chicos (sexo asignado).

2 Los criterios para adolescentes y adultos no incluyen la preferencia por el travestismo.

3 Tampoco figura entre los criterios para adultos; el travestismo con excitación sexual aparece en el diagnóstico diferencial con el trastorno de travestismo.

4 Solo aparece en los criterios para niños, así que no es una característica de cualquier edad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, págs. 452 y 458.

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 2019 · n.º 178, PIR 2020 · n.º 82, PIR 2021 · n.º 110, PIR 2021 · n.º 124

94

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

Respecto del insomnio cabe afirmar lo siguiente:

1. En la mayoría de los casos suele tener un inicio agudo. ✓
2. El instrumento más utilizado para la evaluación es el registro polisomnográfico.
3. El tratamiento tiene, como uno de sus objetivos fundamentales lograr una eficiencia de sueño entre el 50-60%.
4. Técnicas como la intención paradójica o el biofeedback presentan altos niveles de eficacia, al igual que la relajación o el control de estímulos.

El insomnio suele empezar de forma repentina, coincidiendo con situaciones de estrés

Caballo (2014) señala que, en la mayoría de las ocasiones, el insomnio tiene un **inicio repentino o agudo**, coincidiendo con situaciones de **estrés**, y se cronifica después por condicionamiento y otros factores comportamentales y cognitivos. Para evaluarlo, los instrumentos más utilizados en clínica son los **diarios de sueño** y los **cuestionarios** específicos; la polisomnografía no está indicada de manera rutinaria. Entre los objetivos del tratamiento está alcanzar una **eficiencia de sueño** por encima del **80-85 %**, y las pruebas apoyan sobre todo el control de estímulos, la relajación y la terapia cognitivo-conductual del insomnio.

1. Es lo que dice el manual: inicio repentino o agudo en la mayoría de las ocasiones, coincidiendo con situaciones de estrés.
2. Los más utilizados en clínica son los diarios de sueño y los cuestionarios. La polisomnografía no está indicada de manera rutinaria, salvo para aclarar el diagnóstico o descartar, por ejemplo, trastornos del sueño relacionados con la respiración.
3. El objetivo es una eficiencia de sueño por encima del 80-85 % y/o un tiempo total de sueño superior a seis horas.
4. La intención paradójica y el biofeedback, como la restricción de sueño, tienen un nivel de evidencia menos potente que el control de estímulos y la relajación.

Ojo. Estos datos están en la 2.ª edición de Caballo et al. (2014, cap. 22, pág. 644); la 3.ª edición (2024), que el Atlas usa como Consulta del tema B5, ya no los recoge. La Base del tema, Belloch (2020, cap. 17, pág. 551), llama a la polisomnografía «la más importante» para evaluar los trastornos del sueño, porque determina la arquitectura del sueño, pero añade que su coste obliga a usar otras pruebas, como el diario de sueño. «Más importante» no equivale a «más utilizado», y la opción 2 sigue siendo falsa.

Trampa. La opción 3 rebaja la cifra de eficiencia de sueño (50-60 % en lugar de 80-85 %).

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. 22, pág. 644. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 551-552.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 97

95 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Con relación a las conductas compensatorias de tipo purgativo en la bulimia nerviosa, cabe afirmar lo siguiente:

1 Ingerir jarabe de ipecacuana es una de los procedimientos más utilizados para provocarse el vómito.

2 Tras los vómitos aumenta el miedo a ganar peso.

3 En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el paciente realiza atracones con el fin de vomitar o vomita tras ingerir pequeñas cantidades de comida. ✓

4 Actualmente el vómito no es la conducta compensatoria purgativa más frecuente.

En algunos casos vomitar se convierte en un fin en sí mismo

El DSM-5 describe el **vómito autoprovocado** como el comportamiento compensatorio inapropiado **más frecuente** de la **bulimia nerviosa**. Entre sus efectos inmediatos están el alivio del malestar físico y la **reducción del miedo** a ganar peso. En algunos casos vomitar es una finalidad en sí misma, y la persona se atraca con el fin de vomitar o vomita tras comer una pequeña cantidad. Los individuos se vuelven hábiles para provocarse el vómito y **raramente** usan jarabe de ipecacuana; otras purgas son el mal uso de laxantes y diuréticos.

1 El jarabe de ipecacuana se usa raramente; lo habitual son los dedos o instrumentos que estimulan el reflejo nauseoso.

2 Tras vomitar se reduce el miedo a ganar peso.

3 Es literal del DSM-5.

4 Según el DSM-5, vomitar sigue siendo el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente.

Trampa. Las opciones falsas invierten frases del mismo párrafo: «raramente» se convierte en «de los más utilizados» y «reduce», en «aumenta».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, características diagnósticas, pág. 346.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 104

96 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

Steinberg y Schnall (2000) han descrito cinco ámbitos (reagrupables en 3 áreas) presentes en la disociación. Señale cuál de los siguientes síntomas NO pertenecería a ninguna de dichas áreas:

1 Memorias intrusivas.

2 Sensación de extrañeza respecto a los propios procesos mentales.

3 Sugestionabilidad. ✓

4 Lagunas de memoria.

La sugestionabilidad no figura en ninguna de las tres áreas de la disociación de Steinberg y Schnall

Steinberg y Schnall (2000) describen cinco ámbitos presentes en la disociación: **amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de identidad**. Belloch recoge que pueden agruparse en tres grandes áreas. Las **alteraciones de la memoria** incluyen memorias intrusivas, conductas no recordadas, amnesia biográfica y lagunas de memoria. Las **alteraciones perceptivas** abarcan el distanciamiento perceptivo, emocional, de la conducta y del cuerpo, el distanciamiento de la realidad y la sensación de extrañeza o de no pertenencia de los procesos mentales. Las **alteraciones de la identidad/autoconciencia** reúnen intrusiones egodistónicas, alteración del sentido de agencia o percepción de distintas identidades. La sugestionabilidad no aparece en ninguna.

1 Las memorias intrusivas forman parte de las alteraciones de la memoria.

2 La sensación de extrañeza o de no pertenencia de los procesos mentales y de las conductas es la alteración cualitativa de la percepción que acompaña al distanciamiento.

3 Es la única de las cuatro que no figura en las tres áreas que describe el manual.

4 Las lagunas de memoria forman parte de las alteraciones de la memoria.

Trampa. Pregunta en negativo: tres opciones son síntomas literales de la lista y hay que marcar el que no está.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 267.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

97 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) es la más utilizada para medir la disociación. Dentro de esta escala algunos ítems son más indicativos de disociación patológica. ¿Cuál NO es uno de ellos?:

1 Alucinaciones visuales, de las que la persona puede hacer cierta crítica. ✓

2 No reconocer a amigos o miembros de la propia familia.

3 Que la persona sienta que su cuerpo no le pertenece.

4 Oír voces en la cabeza que comentan los actos del sujeto.

Las alucinaciones visuales con cierta crítica no están entre los ocho ítems de la DES-T

La **Escala de Experiencias Disociativas** (DES; Bernstein y Putnam, 1986) es la más utilizada. Es autoadministrada, tiene 28 ítems que se responden con el porcentaje de tiempo (de 0 a 100 %) en que ocurren las experiencias, y sirve como **cribado** para detectar a quienes precisan una evaluación más detenida. Ocho de los 28 ítems son más representativos de **disociación patológica** y forman la subescala **DES-T**: encontrarse en un lugar sin saber cómo se llegó, encontrar cosas nuevas sin recordar haberlas comprado, verse a uno mismo desde fuera, no reconocer a amigos o familiares, sentir que el mundo no es real, sentir que el cuerpo no le pertenece, actuar como si se fuera otra persona y oír voces dentro de la cabeza que comentan lo que hace.

1 No figura entre los ocho ítems de la DES-T que recoge el manual.

2 No reconocer a veces a amigos o miembros de la familia es uno de los ítems de la DES-T.

3 Sentir que el propio cuerpo no le pertenece es uno de los ítems de la DES-T.

4 Oír voces dentro de la cabeza que dicen o comentan cosas que la persona está haciendo es uno de los ítems de la DES-T.

Trampa. Pregunta en negativo. La opción 4 suena a síntoma psicótico, pero es un ítem de la DES-T.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 273.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 31

98 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

Con respecto a la amnesia disociativa señale la opción correcta:

1 La amnesia localizada que se produce tras un trauma es un fenómeno poco común.

2 La amnesia selectiva se caracteriza porque es variable en función de la persona con la que está hablando el sujeto.

3 La amnesia generalizada es una pérdida transitoria de memoria sobre el pasado de la persona. ✓

4 La amnesia periódica es la pérdida global de recuerdos a partir de un momento específico y de modo sistemático.

La amnesia generalizada es una pérdida de memoria sobre toda la vida del individuo

Belloch y colaboradores describen cinco formas de **amnesia disociativa**. La **generalizada** abarca una **pérdida transitoria de memoria sobre toda la vida** del individuo, es infrecuente y puede llevar a olvidar la identidad personal. La **localizada** es **la más común**, y la **selectiva** cumple sus criterios con un recuerdo parcial de los hechos. La continua es la pérdida desde un momento concreto del pasado hasta el presente, y la sistematizada, la que afecta a acontecimientos específicos y al material relacionado con ellos. El DSM-5 y el DSM-5-TR recogen las mismas formas.

1. La localizada es la forma más común y es frecuente tras catástrofes naturales o delitos violentos.
2. La selectiva se define por un recuerdo parcial de los hechos del período olvidado, y ningún manual la hace depender del interlocutor.
3. Es la definición de Belloch.
4. La pérdida de recuerdos desde un momento concreto en adelante es la amnesia continua, y el manual no describe una amnesia «periódica».

FORMAS DE AMNESIA DISOCIATIVA EN EL DSM-5-TR

Forma	Descripción
Localizada	La incapacidad de recordar hechos durante un período circunscrito
Selectiva	El individuo puede recordar algunos de los hechos, pero no todos, acaecidos durante un período circunscrito
Sistematizada	El individuo no logra recordar una categoría concreta de información importante
Generalizada	Una pérdida completa de la memoria que abarca la mayoría o la totalidad de la vida del individuo
Continua	El individuo olvida los hechos nuevos según van teniendo lugar

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, amnesia disociativa, características diagnósticas, pág. 338

Ojo. El DSM-5-TR define la generalizada como una pérdida completa de la memoria que abarca «la mayoría o la totalidad» de la vida, y la continua como una amnesia anterógrada en la que el individuo olvida los hechos nuevos según van teniendo lugar (pág. 338). El adjetivo «transitoria» de la opción 3 es de Belloch.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 269-270. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Amnesia disociativa, págs. 298-299.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 71, PIR 2017 · n.º 40

99 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 4

En general, se considera que la heredabilidad de las dimensiones de personalidad de los Big Five:

1 Es menor del 30%.

2 Es del 30%.

3 Es superior al 60%.

4 Oscila entre el 40% y el 60%. ✓

La heredabilidad de las cinco dimensiones básicas de personalidad oscila entre el 40 % y el 60 %

Bermúdez resume los datos de la genética conductual: los genes contribuyen a las diferencias entre individuos en las **cinco dimensiones básicas de personalidad**, y el **coeficiente de heredabilidad** está, en promedio, **en torno a 0,5, con rangos que oscilan entre 0,40 y 0,60**. El efecto del ambiente compartido es nulo o muy bajo, y los ambientes no compartidos aportan aproximadamente otro 50 %. Sánchez-Elvira da cifras por factor (Plomin et al., 2002): extraversión, alrededor del 50 %; neuroticismo, en torno al 40 %; cordialidad y responsabilidad, en torno al 36 %, y apertura, entre el 43 % y el 46 %.

1 Ninguna de las cifras de los manuales baja del 30 % para los cinco factores.

2 Un valor en torno a 0,3 es el que dan los estudios de familia y adopción, más bajo que el de los estudios de gemelos (en torno a 0,5). Bermúdez lo atribuye a posibles efectos genéticos no aditivos.

3 Un valor cercano al 60 % es el que Sánchez-Elvira recoge para la extraversión en los estudios con el EPI de Eysenck. Para el modelo de los cinco factores ningún factor supera el 60 %.

4 Es el rango que da Bermúdez para las cinco dimensiones básicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 3, págs. 122-123. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, págs. 527-528.

EN EL ATLAS: Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Bermúdez 2011 (Ampliación) y Sánchez-Elvira (Base).

100

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 4

En el contexto de un estudio sobre la satisfacción con la vida en las distintas comunidades autónomas, y sabiendo que la media española es de 50, y que la desviación típica es 10, ¿en qué comunidad autónoma están más satisfechos con la vida sus habitantes si obtenemos las siguientes puntuaciones?: Castilla y León: puntuación directa = 43; Madrid: z = 0,8; Comunidad Valenciana: T = 55: Andalucía = - 1DT.

1. Castilla y León.
2. Comunidad Valenciana.
3. Andalucía.
4. Madrid. ✓

Para comparar puntuaciones de escalas distintas hay que pasarlas todas a la misma escala

Muñiz explica que la **puntuación típica** (z) se obtiene restando la media y dividiendo por la desviación típica, e indica el **número de desviaciones típicas** que una persona se aparta de la media. Las **típicas derivadas** se obtienen con D = media elegida + DT elegida × z; las **puntuaciones T** de McCall ubican la media en 50 y la desviación típica en 10. Con media 50 y DT 10, todas las puntuaciones se pueden pasar a directas: Castilla y León, 43; **Madrid**, 50 + 10 × 0,8 = **58**; Comunidad Valenciana, T = 55 equivale a z = 0,5 y a una directa de 55; Andalucía, 50 − 10 = 40.

1. Su directa (43) queda por debajo de la media española.
2. Una T de 55 equivale a z = 0,5, es decir, a 55 puntos, por debajo de Madrid.
3. Estar una desviación típica por debajo de la media equivale a 40 puntos, la puntuación más baja.
4. Con z = 0,8 obtiene 58 puntos, la más alta de las cuatro.

Trampa. En este enunciado la escala T y la escala original tienen la misma media y la misma desviación típica (50 y 10), así que la T de 55 coincide con la directa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 5, págs. 177-179.

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

101

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 1

¿Qué mecanismo supone inhibir una conducta previamente castigada?:

1. La evitación pasiva. ✓
2. La evitación activa.
3. El conflicto.
4. La impulsividad.

Dejar de hacer una conducta castigada se denomina evitación pasiva

Domjan compara la evitación y el castigo: en ambos procedimientos la conducta del sujeto aumenta los periodos de seguridad frente a la estimulación aversiva. En la evitación esa seguridad se logra **haciendo algo**, y por eso es común llamarla **evitación activa**. En el castigo la mayor seguridad se consigue **dejando de hacer algo**, y por esta razón en ocasiones se le denomina **evitación pasiva**. Inhibir una conducta que antes ha sido castigada es, por tanto, evitación pasiva.

1. Es el nombre que reciben los procedimientos de castigo, en los que la seguridad se consigue dejando de hacer algo.
2. La evitación activa es el condicionamiento de evitación: la seguridad se logra haciendo algo, emitiendo una respuesta.
3. Domjan habla de conflicto cuando a un programa de reforzamiento positivo se sobrepone un procedimiento de castigo, lo que produce un conflicto entre responder para obtener el reforzamiento y no hacerlo para evitar el castigo. Nombra esa situación, no la inhibición de la conducta.
4. En Domjan la elección impulsiva es la preferencia por la recompensa pequeña e inmediata frente a la grande y demorada, un fenómeno de la elección y no del control aversivo.

Para fijarlo. Activa, hago algo para que no llegue el castigo; pasiva, dejo de hacer lo que me lo trajo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 10, págs. 334 y 357; cap. 6, pág. 213.

EN EL ATLAS

Tema I5 · Condicionamiento instrumental. Se estudia con Domjan (Base).

102

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

¿Con qué dimensiones de personalidad del Modelo de los cinco grandes factores de personalidad correlaciona en mayor grado el psicoticismo (P) del modelo de personalidad H.J. Eysenck?:

1. Extraversión y cordialidad.
2. Cordialidad y responsabilidad. ✓
3. Responsabilidad y neuroticismo.
4. Neuroticismo y apertura.

El psicoticismo de Eysenck equivale a baja cordialidad y baja responsabilidad

Cervone y Pervin explican que los factores de Eysenck pueden asimilarse dentro del modelo de los **cinco grandes**. La extraversión y el neuroticismo de Eysenck son más o menos idénticos a las dimensiones del mismo nombre, mientras que el suprafactor del **psicoticismo** correspondería a una **combinación de baja amabilidad y baja responsabilidad** (Clark y Watson, 1999; Costa y McCrae, 1995). Colom lo confirma desde la psicopatología: valores negativos de **cordialidad** y **responsabilidad** se asociaron a la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, y esa combinación «recuerda al Psicoticismo (P) del modelo de Eysenck».

1. La extraversión de Eysenck se corresponde con la extraversión de los cinco grandes, no con el psicoticismo.
2. Son los dos factores cuya combinación (en el polo bajo) corresponde al psicoticismo.
3. El neuroticismo de Eysenck es más o menos idéntico al neuroticismo de los cinco grandes y no forma parte del psicoticismo.
4. Ni el neuroticismo ni la apertura figuran en la correspondencia que dan los manuales para el psicoticismo.

Ojo. La Base del tema H8, Bermúdez et al. (2017, caps. 4 y 5), describe el psicoticismo y los cinco factores por separado, sin relacionarlos. La correspondencia está en Cervone y Pervin y en Colom.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Cervone, D. y Pervin, L. A. (2009). Personalidad: teoría e investigación (2.ª ed.). Manual Moderno. Cap. 8, pág. 224. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 16, pág. 505.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Cervone y Pervin no es fuente de este tema. Se estudia con Colom (Ampliación).

103

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Además del factor g ¿qué capacidad intelectual evaluaría principalmente el Test de Matrices Progresivas de Raven?

1 Inteligencia cuantitativa.

2 Inteligencia visuoespacial.

3 Inteligencia cristalizada.

4 Inteligencia fluida. ✓

Las Matrices Progresivas de Raven miden el factor g entendido como razonamiento fluido

Fernández-Ballesteros explica que los **Tests de Matrices Progresivas** (Raven, Court y Raven, 1988) se diseñaron principalmente como una **medida de factor g**, inteligencia general entendida como **razonamiento fluido**: tareas perceptivas de complejidad creciente, con unas mínimas instrucciones verbales. En el cuadro 9.3, la **inteligencia fluida** (Gf) de Cattell se relaciona con la capacidad para percibir relaciones complejas entre elementos simples (series, diseños con cubos, matrices, analogías), y «la medirían tests como el Raven y el G de Cattell». Moreno Rosset describe el test MATRICES, de ítems similares a los de Raven, como uno de los mejores estimadores del factor Gf.

1 El Raven es una tarea de matrices con mínimas instrucciones verbales; los manuales no le atribuyen la medida de la capacidad cuantitativa.

2 Los ítems iniciales son tareas perceptivas de integración y discriminación, pero el manual define lo que mide como factor g entendido como razonamiento fluido.

3 La inteligencia cristalizada se refleja en tareas que requieren conocimientos adquiridos con anterioridad, como la aritmética o el vocabulario, y depende de influencias culturales.

4 Es lo que mide el Raven según el cuadro 9.3 y la descripción del test.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.3, pág. 318. 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. 428 y 440.

EN EL ATLAS

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

104

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

En el Modelo de los cinco grandes factores de personalidad, de McCrae y Costa, ¿de qué dimensión es la masculinidad-feminidad una faceta?:

1. Neuroticismo.
2. Extraversión.
3. Cordialidad.
4. No se contempla en el modelo. ✓

La masculinidad-feminidad no es faceta de ningún factor del modelo de los cinco factores

El **NEO-PI-R** de Costa y McCrae mide cada uno de los cinco factores con **seis facetas**. Bermúdez et al. las enumeran: neuroticismo (ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad, vulnerabilidad), extraversión (cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, emociones positivas), apertura (fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas, valores), afabilidad (confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia, sensibilidad a los demás) y tesón (competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina, deliberación). La **masculinidad-feminidad** no está entre ellas: es una de las escalas clínicas del **MMPI**.

1. Las facetas del neuroticismo son ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.
2. Las facetas de la extraversión son cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.
3. La cordialidad o afabilidad tiene como facetas la confianza, la franqueza, el altruismo, la actitud conciliadora, la modestia y la sensibilidad a los demás.
4. Ninguna de las 30 facetas del NEO-PI-R es la masculinidad-feminidad.

Trampa. La masculinidad-feminidad es una escala clínica real (la del MMPI), y por eso suena a dimensión de personalidad.

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, pág. 476.

EN EL ATLAS

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

105 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 4

En relación a las causas de las diferencias individuales, ¿qué es la heredabilidad estricta?:

1. La proporción de varianza fenotípica explicada por la varianza genotípica.
2. La proporción de variancia genotípica explicada por la varianza fenotípica.
3. La proporción de varianza fenotípica aditiva explicada por la varianza genotípica.
4. La proporción de variancia fenotípica explicada por la varianza genotípica aditiva. ✓

La heredabilidad en sentido estricto solo cuenta la varianza genética aditiva

La **heredabilidad** es la proporción de la varianza fenotípica (total) que se atribuye a la varianza genética. Del Abril distingue dos índices. La **heredabilidad en sentido amplio** (H^2) divide toda la varianza genética, que incluye la aditiva, la debida a la dominancia y la debida a la epistasia, entre la varianza fenotípica total. La heredabilidad atribuible específicamente a la **varianza genética aditiva**, la que explica el éxito de la cría selectiva, es la **heredabilidad en sentido estricto** ($h^2 = V_{GA}/V_T$). Es decir, la proporción de la varianza fenotípica explicada por la varianza genotípica aditiva.

1. Es la heredabilidad en sentido amplio, que incluye toda la varianza genética.
2. Invierte la razón: el numerador de la heredabilidad es la varianza genética y el denominador, la fenotípica.
3. Coloca el término «aditiva» en la varianza fenotípica, cuando lo aditivo es una parte de la varianza genética.
4. Es la definición de la heredabilidad en sentido estricto.

Ojo. Las obras de diferencias individuales del corpus (Sánchez-Elvira, Bermúdez y Colom) usan el coeficiente de heredabilidad sin distinguir entre sentido amplio y estricto. Colom recuerda que los estudios de gemelos recogen efectos genéticos aditivos y no aditivos, mientras que los de familia y adopción solo recogen los aditivos (cap. 16, pág. 492). La definición formal está en Del Abril, Base del tema K2.

Trampa. Las cuatro opciones combinan las mismas palabras. Hay que comprobar qué varianza va en el numerador (la genética) y dónde va «aditiva» (en la genética).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 3, pág. 76. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 16, pág. 492.

EN EL ATLAS: Tema H7 · Herencia y ambiente. Del Abril 2016 no es fuente de este tema.

106

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

En el modelo CHC de la inteligencia propuesto por Cattell-Horn-Carroll se observa lo siguiente:

1. En el estrato I, más básico, se sitúa el factor "g".
2. En el estrato II se sitúan los factores específicos correspondientes a cada una de las aptitudes intelectuales de segundo orden.
3. El estrato III puede medirse con escalas como las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer (MP-R) y las Escalas de Aptitudes Intelectuales (BAS-II), entre otras. ✓
4. En el estrato IV se ubica la inteligencia cristalizada (Gc) y la fluida (Gf).

En el estrato III del modelo CHC está el factor g, que estiman escalas como la MP-R o el BAS-II

Moreno Rosset presenta el **modelo CHC** como un modelo jerárquico en **tres estratos**. En la cúspide, el **estrato III**, se sitúa el **factor g** o capacidad general, que en los tests de desarrollo e inteligencia se identifica como **Índice general (IG)**; disponen de IG las Escalas de desarrollo Merrill-Palmer (MP-R), las Escalas de Aptitudes Intelectuales (BAS-II), el test MATRICES, el BAT-7, el RIAS y el RIST, entre otras. En el estrato II están las aptitudes amplias, como la inteligencia fluida, la cristalizada y el procesamiento visual. En el estrato I están los factores específicos que conforman esas aptitudes de segundo orden.

1. El factor g está en la cúspide, el estrato III. El estrato I reúne los factores específicos.
2. Los factores específicos que conforman las aptitudes de segundo orden están en el estrato I. En el estrato II se sitúan las propias aptitudes intelectuales amplias.
3. Es lo que dice el manual: la MP-R y el BAS-II, entre otras, ofrecen un Índice general que corresponde al estrato III.
4. El modelo CHC tiene tres estratos. La inteligencia fluida y la cristalizada se sitúan en el estrato II.

Trampa. El estrato I es el más específico y el III, el más general; el número no indica orden de importancia ni el nivel «más básico».

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. 428-429.

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

107

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

El factor g:

1. Es un artefacto estadístico en los modelos nojerárquicos.
2. Explica muy poca varianza de las diferencias individuales en inteligencia.
3. Lo propuso Pearson en 1905 mediante la técnica del análisis factorial confirmatorio.
4. Da cuenta de aproximadamente el 50% de las diferencias individuales en inteligencia. ✓

El factor g da cuenta de aproximadamente el 50 % de las diferencias individuales en inteligencia

Colom concluye que, en los modelos jerárquicos de la inteligencia, el factor general (**g**) es el de **mayor grado de generalidad**, tanto si se adopta el modelo CHC como el VPR, y que **da cuenta de aproximadamente el 50 % de las diferencias individuales** reveladas por los test de inteligencia. El factor g procede de la **teoría bifactorial de Spearman**, que lo consideró crucial para explicar las correlaciones entre las puntuaciones en distintos test. Sánchez-Elvira añade que, para sus defensores, g no responde a un mero artefacto estadístico, sino a una realidad susceptible de evaluarse a partir de parámetros biológicos.

1. En los modelos no jerárquicos, como el de Thurstone, no tiene sentido resumir la información en un factor general, de modo que g no figura en ellos. Sus defensores lo consideran, además, una realidad de base biológica y no un artefacto.
2. Es lo contrario de lo que dice Colom: es el factor de mayor generalidad y explica cerca de la mitad de las diferencias individuales.
3. El factor g lo propuso Spearman en su teoría bifactorial, con el análisis de las correlaciones entre test; el manual no lo atribuye a Pearson.
4. Es la cifra que da Colom.

Ojo. La Base del tema H3, Sánchez-Elvira, da otra cifra: según Vernon, el factor general explica el 40 % de la variabilidad de la conducta inteligente en la vida cotidiana (cap. 5, pág. 247). La clave sigue a Colom, que habla de las diferencias reveladas por los test de inteligencia, y la opción 4 dice «aproximadamente». La opción 2 es falsa con cualquiera de las dos cifras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 10, págs. 249, 259 y 265. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 220 y 247.

EN EL ATLAS

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

108 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es aplicable a la Clasificación Q?:

1. Las alternativas de puntuación son de elección forzosa. ✓
2. Las condiciones de aplicación dependen de los objetivos del evaluado.
3. El tratamiento estadístico de los datos debe ajustarse a un diseño intersujeto.
4. El material de evaluación está previamente establecido.

En la clasificación Q las alternativas de puntuación son de elección forzosa y se ajustan a la curva normal

La **clasificación Q** (Stephenson, 1953) es una técnica subjetiva en la que el sujeto ordena un conjunto de descripciones según su aplicabilidad a sí mismo o a otra persona u objeto. Moreno Rosset enumera sus características siguiendo a Fernández-Ballesteros: el **material no está previamente establecido**, sino que depende de los objetivos del investigador; el universo de elementos suele ser verbal-escrito; el sujeto los autoaplica según su frecuencia o aplicabilidad; las **alternativas de puntuación son de elección forzosa** y deben ajustarse a la **curva normal**; las condiciones de aplicación dependen de los **objetivos del investigador**, y el tratamiento estadístico debe ajustarse a un **diseño intraindividual**.

1. Es una de las características de la técnica que recoge el manual.
2. Las condiciones de aplicación dependen de los objetivos del investigador, no del evaluado.
3. El tratamiento estadístico debe ajustarse a un diseño intraindividual.
4. El material no está previamente establecido: depende de los objetivos del investigador y es una muestra del universo de elementos que se quiere analizar.

Trampa. Cada distractor cambia una palabra de la lista del manual: evaluado por investigador, intersujeto por intraindividual y establecido por no establecido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 9, pág. 323.

EN EL ATLAS: Tema E7 · Las técnicas subjetivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

109 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 2

Entre las técnicas de entrevista verbales directivas se encuentran las repuestas de acción. ¿Qué técnica implica presentarle al cliente una hipótesis sobre las relaciones o significados de sus conductas?:

1. Sondeo.
2. Interpretación. ✓
3. Confrontación.
4. Prueba.

La interpretación presenta al cliente una hipótesis sobre las relaciones o significados de sus conductas

Para la entrevista de contrastación de hipótesis, Moreno Rosset destaca tres **respuestas de acción**, técnicas verbales **directivas**: el sondeo o prueba, la confrontación y la interpretación. El sondeo es una pregunta sobre el problema que anima al entrevistado a elaborar su propia opinión. La confrontación pone de manifiesto discrepancias o contradicciones entre sus mensajes o conductas. La interpretación implica presentar al cliente una **hipótesis sobre las relaciones o significados** entre sus conductas: el terapeuta asocia o establece relaciones causales entre conductas, sucesos o ideas, o propone una explicación, con fórmulas como «Me pregunto si...» o «Es posible que...».

1. El sondeo es una pregunta sobre el problema del entrevistado que le anima a elaborar su propia explicación; suele empezar por «Qué», «Cómo», «Cuándo», «Dónde» o «Quién».
2. Es la definición de interpretación en el manual.
3. La confrontación describe al cliente contradicciones o inconsistencias entre lo que siente, piensa o hace.
4. El manual usa «sondeo o prueba» como una sola técnica, la misma de la opción 1.

Trampa. Las opciones 1 y 4 son la misma técnica con dos nombres, así que ninguna de las dos puede ser la única correcta.

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. 210-211.

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

110 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

La observación en situación artificial se caracteriza por lo siguiente:

1. Los resultados tienden a presentar menos validez interna que en la observación en situación natural.
2. Tiene mayor uso en la práctica que en la investigación.
3. Posee gran sensibilidad como variable dependiente en la valoración de un tratamiento. ✓
4. Los resultados son igual de generalizables que en la observación en situación natural.

La observación en situación artificial es muy sensible como variable dependiente de los tratamientos

Cuando no es posible observar en situaciones naturales, pueden replicarse artificialmente («métodos análogos» o «de laboratorio»). Fernández-Ballesteros señala, siguiendo a Campbell y Stanley, que sus resultados tienden a tener **mayor validez interna**, por el control experimental, a costa de perder **validez externa** y posibilidades de generalización. El balance de **Haynes y Wilson** (1979) añade que se ha demostrado su **gran sensibilidad ante la aplicación de tratamientos**, por lo que parecen constituir **excelentes variables dependientes** en el proceso interventivo-valorativo; que no se puede hablar en general de su poder predictivo; que se han usado más en **investigación** que en la práctica, y que nunca deben ser el único método de evaluación.

1. Según el manual, los resultados tienden a presentar mayor validez interna, por el control experimental, y menor validez externa.
2. Según Haynes y Wilson, se han utilizado más como procedimientos de investigación que en la práctica.
3. Es el segundo punto del balance de Haynes y Wilson que recoge el manual.
4. Se pierde validez externa y, con ella, posibilidades de generalización; el poder predictivo depende de la estructura y el contenido de los eventos.

Trampa. La opción 1 invierte el reparto clásico: lo artificial gana validez interna y pierde la externa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 5.2, págs. 218-220.

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

111

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Según la edad de aplicación, ¿qué test de personalidad se podría aplicar a un chico/chica de 12 años?:

1 MSCI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

2 PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes. ✓

3 MMPI-A. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota para Adolescentes.

4 MCMI IV-A. Inventario Clínico Multiaxial de Millon para Adolescentes.

De estos inventarios, solo el PAI-A se aplica desde los 12 años

La **tabla 13.6** de Moreno Rosset recoge los tests que evalúan la personalidad en contextos clínicos, con sus edades de aplicación. El **PAI-A** (Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes; Morey, 2018) se aplica **de 12 a 18 años**: 264 ítems con escalas de validez, clínicas, relacionadas con el tratamiento y de relaciones interpersonales, e información sobre los ítems críticos. El MACI (Inventario Clínico para Adolescentes de Millon) se aplica de 13 a 19 años, el MMPI-A, de 14 a 18 años, y el MCMI-IV es para adultos. Un adolescente de 12 años solo puede responder el PAI-A.

1 El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) se aplica de 13 a 19 años.

2 Es el único de los cuatro que el manual sitúa desde los 12 años (de 12 a 18).

3 El MMPI-A se aplica de 14 a 18 años.

4 El manual recoge el MCMI-IV, para adultos; su versión para adolescentes es el MACI.

> **Trampa.** Todos los inventarios llevan la etiqueta «adolescentes» o «A», pero la edad mínima cambia: 12 (PAI-A), 13 (MACI) y 14 (MMPI-A).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, tabla 13.6, págs. 470-471.

EN EL ATLAS: Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 33

112

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Entre los siguientes test de evaluación de la inteligencia ¿qué prueba incluye el "índice de memoria"?:

1. Batería de Aptitudes de TEA (BAT-7).
2. Escala de Aptitudes Intelectuales (BAS-II).
3. Matrices. Test de Inteligencia General.
4. Escala de Inteligencia de Reynolds (RIAS). ✓

De las cuatro pruebas, solo el RIAS ofrece un índice de memoria

La **tabla 12.4** de Moreno Rosset describe los tests de inteligencia de aplicación colectiva e individual. Las **Escalas de inteligencia de Reynolds (RIAS)**, de 3 a 94 años, ofrecen cuatro índices: índice de inteligencia general (IG), verbal (IV), no verbal (INV) y **de memoria (IM)**, con 30 minutos de test de inteligencia y 10 de memoria. MATRICES solo da un índice general, estimación de la capacidad relacionada con el factor Gf, y el BAT-7 da tres índices de inteligencia (g, Gf y Gc), ocho puntuaciones de aptitud y una total. La **figura 12.4** muestra que el BAS-II da el IG, el IGNV y los índices verbal, espacial, de razonamiento perceptivo o de razonamiento no verbal, sin índice de memoria.

1. El BAT-7 ofrece tres índices de inteligencia (g, Gf y Gc) y ocho puntuaciones de aptitud (verbal, espacial, atención, concentración, razonamiento, numérica, mecánica y ortografía), sin memoria.
2. Los índices del BAS-II son el general, el general no verbal y los índices verbal, espacial y de razonamiento perceptivo o no verbal.
3. MATRICES ofrece un único índice general, basado en estímulos no verbales.
4. El RIAS incluye el índice de memoria (IM) junto a los índices general, verbal y no verbal.

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, figura 12.4, pág. 439, y tabla 12.4, pág. 441.

EN EL ATLAS

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

113 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Anulada

¿Qué factor NO se incluye en el modelo de personalidad HEXACO de Ashton y Lee?:

1. Emocionalidad.
2. Extraversión.
3. Responsabilidad.
4. Escrupulosidad.

Responsabilidad y escrupulosidad traducen el mismo factor del HEXACO, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. El modelo **HEXACO** de Ashton y Lee (2007) tiene seis factores: añade la honestidad-humildad y reconceptualiza el neuroticismo y la afabilidad. Moreno Rosset traduce sus dimensiones como honestidad-humildad, emocionalidad, extraversión, cordialidad, **escrupulosidad** (conscientiousness) y apertura a la experiencia. Bermúdez, en cambio, llama a ese mismo factor **responsabilidad** («C de conscientiousness»). Con las dos traducciones del corpus, las cuatro opciones nombran factores del modelo y ninguna es un factor que el HEXACO no incluya.

1. La emocionalidad es uno de los seis factores del HEXACO.
2. La extraversión es uno de los seis factores del HEXACO.
3. Clave provisional. Con la traducción de Moreno Rosset el factor se llama escrupulosidad, pero Bermúdez lo traduce como responsabilidad, de modo que también está en el modelo.
4. Es la traducción de conscientiousness que usa Moreno Rosset, uno de los seis factores.

Ojo. Las opciones 3 y 4 son dos traducciones del mismo factor (conscientiousness): Bermúdez (2011, pág. 44) dice responsabilidad y Moreno Rosset (2019, pág. 452), escrupulosidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 452. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, pág. 44.

EN EL ATLAS

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

114

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 2

En cuanto al análisis de la rejilla de Kelly, ¿cómo se denomina a la forma de identificar conflictos cognitivos en base a la correlación positiva entre un constructo congruente y un constructo discrepante?:

1 Diferencias cognitivas.

2 Dilemas implicativos. ✓

3 Polarización.

4 Constructos dilemáticos.

Los dilemas implicativos asocian un constructo congruente y uno discrepante con una correlación positiva

El análisis de la técnica de rejilla permite identificar **conflictos cognitivos**, entendidos como constructos que representan objetivos del sistema contradictorios o incompatibles. Moreno Rosset describe dos tipos. Los constructos dilemáticos tienen una puntuación de 4 (punto medio) en el elemento «yo ideal». Los **dilemas implicativos** identifican el conflicto a partir de dos constructos asociados de forma contrapuesta mediante una **correlación positiva** (al menos 0,20 en clínica y 0,35 en investigación) entre un **constructo congruente** (sin diferencias mayores de un punto entre «yo ahora» y «yo ideal») y un **constructo discrepante** (con al menos 4 puntos de diferencia): el cambio deseado en el discrepante implica un cambio no deseado en el congruente.

1. El manual habla de diferenciación cognitiva, un índice estructural que se estima con el porcentaje de varianza explicada por el primer factor; no identifica conflictos.
2. Es la definición de dilema implicativo en el manual.
3. La polarización es el uso de puntuaciones extremas (1 o 7), otra vertiente de la rigidez cognitiva.
4. Los constructos dilemáticos son el otro tipo de conflicto cognitivo, pero se identifican por la puntuación intermedia del «yo ideal», no por una correlación.

> **Trampa.** «Dilemáticos» y «dilemas implicativos» se parecen; lo que los separa es el procedimiento (punto medio del ideal frente a correlación entre dos constructos).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 332-334.

EN EL ATLAS

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

115 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 4

Durante la entrevista clínica, el terapeuta quiere profundizar en un tema que está abordando para lo que verbaliza al paciente: "Veo que te sientes frustrado por la situación que estás viviendo en tu trabajo". ¿Qué técnica de entrevista verbal está aplicando el entrevistador?

1 Paráfrasis.

2 Clarificación.

3 Síntesis, recapitulación o resumen.

4 Reflejo. ✓

Devolver al paciente el sentimiento que expresa («te sientes frustrado») es un reflejo

Moreno Rosset describe cuatro **respuestas de escucha**, técnicas verbales no directivas. La clarificación es una pregunta para aclarar un mensaje ambiguo. La **paráfrasis** repite, con palabras del terapeuta, el **contenido cognitivo** de lo que ha dicho el cliente. El **reflejo** es una respuesta de escucha sobre los **sentimientos expresados** por el entrevistado, con el mismo tono emocional, y anima a expresarlos y a ser más consciente de ellos. La síntesis combina dos o más paráfrasis y/o reflejos. «Veo que te sientes frustrado» nombra el sentimiento del paciente; el manual cita «frustrado» entre los términos para reflejar el enfado.

1 La paráfrasis reproduce el contenido cognitivo del mensaje, no el sentimiento.

2 La clarificación es una pregunta para aclarar un mensaje ambiguo o confuso, como «¿Puede volver a explicármelo?».

3 La síntesis o resumen une dos o más paráfrasis y/o reflejos de contenidos cognitivos y afectivos.

4 Es un reflejo: responde al sentimiento que expresa el paciente.

Para fijarlo. Paráfrasis para lo que piensa, reflejo para lo que siente y síntesis para las dos cosas a la vez.

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. 194-196.

EN EL ATLAS

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

116 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 2

La técnica de evaluación denominada “Nudos sistémicos” es:

1 Objetiva.

2 Subjetiva. ✓

3 Proyectiva.

4 Neuropsicológica.

Los nudos sistémicos son una técnica subjetiva orientada al proceso

Moreno Rosset trata los **nudos sistémicos** en el capítulo de las **técnicas subjetivas**, entre las técnicas derivadas de la **teoría de los constructos personales** de Kelly. Siguiendo a Neimeyer, las divide en **técnicas estructurales**, que intentan explicitar la estructura del sistema de creencias del cliente (escalamiento, flecha descendente y técnica de rejilla), y **técnicas orientadas al proceso**, que evalúan el fluir y el cambio de esas construcciones a lo largo del tiempo: la autocaracterización, el flujo de conciencia, los **nudos sistémicos**, las técnicas de juego y las técnicas narrativas. Los nudos sistémicos llevan esta lógica a un sistema, como la familia, cuyas partes se relacionan entre sí.

1 Las técnicas objetivas tienen otro capítulo del manual; los nudos sistémicos se describen entre las técnicas subjetivas.

2 Es la clasificación del manual: técnica subjetiva derivada de la teoría de los constructos personales y orientada al proceso.

3 Las técnicas proyectivas también tienen su propio capítulo; los nudos sistémicos no figuran entre ellas.

4 El manual no los relaciona con la evaluación neuropsicológica: evalúan las construcciones de los miembros de un sistema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 335-336.

EN EL ATLAS

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

117

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Respecto a la evaluación del funcionamiento intelectual en niños y adolescentes:

1. La edad de aplicación de la Escala de Inteligencia de Reynolds (RIAS/RIST) es de 6 a 94 años.
2. La escala WISC-V incluye las pruebas de información y aritmética como test principales.
3. Los antiguos CI verbal (CIV) y CI manipulativo (CIM) de la escala WPPSI se han sustituido en el WPPSI-IV por Índice de Compresión Verbal (ICV) e Índice de compresión Manipulativo (ICM).
4. La prueba BAT-7 permite estimar la capacidad general "g", la inteligencia fluida y, también, la cristalizada. ✓

El BAT-7 estima la capacidad general g y las inteligencias fluida y cristalizada

En la **tabla 12.4** de Moreno Rosset, el **BAT-7** (Batería de Aptitudes de TEA, de 12 a 60 años) ofrece **3 índices de inteligencia**: g (capacidad general), Gf (inteligencia fluida) y Gc (inteligencia cristalizada), además de ocho puntuaciones de aptitud y una puntuación total. La misma tabla sitúa el RIAS y el RIST de 3 a 94 años. El WISC-V tiene diez test principales (Cubos, Semejanzas, Matrices, Dígitos, Claves, Vocabulario, Balanzas, Puzles visuales, Span de dibujos y Búsqueda de símbolos); Información y Aritmética son secundarios. En el WPPSI-IV, el antiguo CI verbal y el CI manipulativo se han sustituido por el Índice de Comprensión Verbal y el **Índice Visoespacial**.

1. El RIAS y el RIST se aplican de 3 a 94 años.
2. En el WISC-V, Información y Aritmética son test secundarios.
3. El CI manipulativo se ha sustituido por el Índice Visoespacial (IVE); no existe un «Índice de Comprensión Manipulativo».
4. Es lo que recoge la tabla 12.4 sobre los índices del BAT-7.

Trampa. La opción 3 acierta con el ICV y se inventa un índice paralelo para el antiguo CI manipulativo.

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. 438 y 441 (tabla 12.4).

EN EL ATLAS

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

118

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es el modelo de inteligencia que conceptualiza las puntuaciones de los tests según Contenidos, Operaciones y Producciones?:

1 El modelo jerárquico de Vernon.

2 El modelo de la Teoría Triárquica de Sternberg.

3 El modelo tridimensional de Guilford. ✓

4 El modelo de inteligencia de Wechsler.

Guilford clasifica las aptitudes por operaciones, contenidos y productos

El modelo de la **estructura del intelecto** de Guilford define tres dimensiones básicas: las **operaciones** mentales (cognición, memoria, producción convergente, producción divergente y evaluación), los **contenidos** o tipo de información que se procesa, y los **productos** que resultan de aplicar las operaciones a los contenidos. Sánchez-Elvira explica que la morfología de la inteligencia se representa con un **«cubo tridimensional general»** formado por pequeños cubos, cada uno una aptitud mental independiente resultante de combinar los tres elementos. Colom lo presenta como un modelo no jerárquico en el que cada capacidad se define por una combinación de operación, contenido y producto.

1 El modelo de Vernon es jerárquico: en la cúspide un factor general, por debajo dos factores de grupo mayores (v:ed, verbal-educativo, y k:m, espacial-mecánico), después factores de grupo menores y específicos.

2 Sánchez-Elvira sitúa la teoría triárquica de Sternberg entre las aproximaciones sistémicas al estudio de la inteligencia, no entre los modelos estructurales factoriales.

3 Es el modelo cúbico de Guilford.

4 Las escalas de Wechsler se organizan en índices y CI total; no clasifican las puntuaciones por operaciones, contenidos y productos.

Ojo. El número de aptitudes cambia según la versión del modelo: Sánchez-Elvira habla de 120 cubos y, tras desdoblar los contenidos figurativos en visuales y auditivos, de 150 (págs. 241-242); Colom da 180 capacidades al desdoblar también la memoria en retención y registro (pág. 260).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 241-242 y 247. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 10, págs. 259-260.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

119

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes | Revisar

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes tests se ha diseñado eligiendo sus elementos a través de una estrategia factorial?:

1. El EPI (Eysenck Personality Inventory) de Eysenck. ✓
2. El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) de Hathaway y McKinley.
3. El PDS (Personal Data Sheet) de Woodworth.
4. El CPI (California Psychological Inventory) de Gough.

El EPI de Eysenck seleccionó sus elementos por sus saturaciones factoriales

Fernández-Ballesteros explica que los elementos de los autoinformes de rasgos se han seleccionado mediante tres estrategias. En la **racional**, el autor elige los elementos porque, según la teoría, se relacionan con lo que se pretende medir (por ejemplo, el DPI de Gryeger). En la **empírica**, los elementos se seleccionan porque discriminan entre grupos criteriales, como el MMPI de Hathaway y McKinley, que conservó los que diferenciaban a sujetos normales y anormales. En la **factorial**, los elementos se eligen por sus **saturaciones en un factor**: Eysenck seleccionó «Se preocupa por desgracias que podrían suceder» porque saturaba el factor neuroticismo en su **EPI**. Las tres estrategias suelen combinarse.

1. Es el ejemplo de estrategia factorial que da el manual.
2. El MMPI es el ejemplo de estrategia empírica: sus ítems se seleccionaron por discriminar entre grupos criteriales.
3. El manual presenta el Personal Data Sheet de Woodworth como el primer cuestionario colectivo de ajuste personal, sin atribuirle una construcción factorial.
4. El manual no clasifica el CPI de Gough por su estrategia de construcción ni lo pone como ejemplo de la factorial.

Ojo. El corpus no describe cómo se construyeron el Personal Data Sheet ni el CPI. Las opciones 3 y 4 se descartan porque el único ejemplo de estrategia factorial del manual es el EPI, no por un dato sobre esos dos cuestionarios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 244-245; cap. 1, pág. 33.

EN EL ATLAS

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

120

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

En las Escalas de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III y WAIS-IV) ¿de qué índice forma parte la prueba "Dígitos"?:

1 Comprensión verbal.

2 Velocidad de procesamiento.

3 Organización perceptiva.

4 Memoria de trabajo. ✓

Dígitos pertenece al 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): comprensión verbal (vocabulario, semejanzas, información), **memoria de trabajo** (aritmética, **dígitos**, letras y números), organización perceptiva (figuras incompletas, cubos, matrices) y velocidad de procesamiento (clave de números, búsqueda de símbolos). En el WAIS-IV, Moreno Rosset recoge los índices de comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (figura 12.4), y Ruiz Sánchez de León y Pedrero tratan la prueba de dígitos de la WAIS-IV en el apartado de la memoria de trabajo, como medida de la amplitud atencional del bucle fonológico.

1 Comprensión verbal agrupa vocabulario, semejanzas e información.

2 Velocidad de procesamiento agrupa clave de números y búsqueda de símbolos.

3 Organización perceptiva (el índice del WAIS-III) agrupa figuras incompletas, cubos y matrices.

4 Dígitos, con aritmética y letras y números, forma el índice de memoria de trabajo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha del WAIS-III, tabla 1.3.2, pág. 3. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, figura 12.4, pág. 439. Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2019). Neuropsicología de las conductas adictivas. Síntesis. Cap. 5, apdo. 5.2.3, pág. 123.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 24

121 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

Un procedimiento que se utiliza cuando queremos realizar una evaluación a través de la observación son las escalas de apreciación. Señale cuál de las siguientes es una característica de dichas escalas:

1. Pretenden observar conductas que se sitúan en unas coordenadas espacio-temporales determinadas con el objetivo de analizar las relaciones entre conducta y variables ambientales.
2. Son técnicas para las que no existe estructuración previa que dirija la recogida de datos, ya que el observador se limita a tomar nota de lo que va ocurriendo en la situación de observación.
3. Son útiles para tener una primera aproximación cuantificada de las conductas problemáticas de un sujeto. ✓
4. Son procedimientos en los que el observador realiza la observación en un breve período de tiempo y suele ser un observador no participante.

Las escalas de apreciación dan una primera aproximación cuantificada a las conductas problemáticas

Fernández-Ballesteros describe las **escalas de apreciación** o estimación (rating scales) como técnicas de registro que se usan cuando se pretende **cuantificar, calificar o clasificar** las actividades de un sujeto según definiciones conductuales o atributos previamente establecidos. En ellas el observador realiza la observación en **períodos amplios de tiempo** y suele ser un **observador participante** (por ejemplo, la madre), y la información se da de forma diferida. Son útiles para tener una **primera aproximación cuantificada** de las conductas problemáticas y adaptativas de un sujeto, y también para conocer la validación social de un tratamiento; su riesgo es el efecto halo.

1. Es la definición del mapa de conducta (Anguera, 1987): observación de conductas situadas en unas coordenadas espacio-temporales para analizar sus relaciones con variables ambientales.
2. Describe el registro narrativo, en el que no existe estructuración previa y el observador se limita a tomar nota de lo que va ocurriendo.
3. Es la utilidad que el manual atribuye a las escalas de apreciación.
4. Invierte dos de sus características: la observación se hace en períodos amplios de tiempo y el observador suele ser participante.

Trampa. Las opciones 1 y 2 son definiciones literales de otras técnicas de registro observacional del mismo capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 3, págs. 201-203 y 206.

EN EL ATLAS

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

122

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica

Respuesta correcta: 3

En los diagramas causales utilizados en análisis funcional (FACCD) de casos clínicos de Haynes, ¿qué simboliza un cuadrado de línea gruesa?:

1. Modificabilidad alta de las variables causales.
2. Variable causal unidireccional.
3. Importancia alta del problema. ✓
4. Fuerte relación entre variables.

En el FACCD el grosor del contorno del problema indica su importancia

Moreno Rosset usa los Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos (FACCD) para plasmar el modelo explicativo de un caso, siguiendo la propuesta de Godoy y Gavina (2011). Los problemas que hay que modificar se representan con **cuadrados o rectángulos**, y el **grosor de las líneas** indica su **importancia**: más gruesas para los muy importantes, medianas para los importantes y finas para los poco importantes. Las **flechas** indican cómo afecta un problema a otro, con una punta si la relación causal es unidireccional y dos si es bidireccional, y su grosor marca la **fuerza** de la relación. Las variables causales van en círculos u óvalos, y las no modificables, en rombos.

1. La modificabilidad se marca con la forma, no con el grosor: las variables causales van en círculos u óvalos y las no modificables, en rombos.
2. La dirección de la relación causal se representa con flechas de una punta (unidireccional) o dos (bidireccional).
3. Es lo que indica un cuadrado de línea gruesa: un problema muy importante.
4. La fuerza de la relación se marca con el grosor de la flecha, no del cuadrado.

Ojo. El enunciado atribuye los diagramas a Haynes. Moreno Rosset los presenta a partir de Godoy y Gavina (2011); Muñoz, Ausín y Panadero hablan de los diagramas analítico-funcionales de Haynes y usan una versión modificada en la que el grosor marca la importancia o frecuencia de las relaciones (figura 5.12, pág. 253).

Trampa. El grosor aparece dos veces en el diagrama: en el contorno del problema indica su importancia y en la flecha, la fuerza de la relación.

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. 2, págs. 86-87. Muñoz López, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 5, figura 5.12, págs. 252-253.

EN EL ATLAS

Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Moreno Rosset (Ampliación) y Muñoz (Ampliación).

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles | Revisar

Respuesta correcta: 3

¿Qué test es adecuado para evaluar los problemas externalizados e internalizados en niños y adolescentes?:

1. Q-PAD. Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Infancia y Adolescencia.
2. DABS. Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa en Niños y Adolescentes.
3. SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. ✓
4. SPECI. Screening de Problemas y de Conducta Infantil y Adolescente.

El SENA evalúa problemas exteriorizados e interiorizados en niños y adolescentes

Izquierdo et al. citan el **Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes** (**SENA**; Fernández-Pinto et al., 2015) y el CBCL como los dos listados de síntomas más habituales en nuestro país: agrupan los ítems en múltiples escalas, cubren un **abanico amplio de problemas psicopatológicos** y permiten la aproximación **multifuente**. Moreno Rosset lo emplea en su caso clínico porque evalúa un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta, además de problemas contextuales, áreas de vulnerabilidad y recursos, con formatos para la familia, la escuela y el propio menor; los padres y el tutor lo cumplimentan para conocer los **problemas exteriorizados e interiorizados** del chico.

1. Moreno Rosset describe el Q-PAD como un cuestionario de problemas en adolescentes con nueve escalas (ansiedad, depresión, abuso de sustancias, problemas interpersonales y familiares, incertidumbre hacia el futuro, riesgo psicosocial, autoestima y bienestar), no como una medida de problemas exteriorizados e interiorizados.
2. Izquierdo et al. recogen la DABS entre las escalas de conducta adaptativa.
3. Es el instrumento que los manuales usan para los problemas exteriorizados e interiorizados.
4. El SPECI es un cribado (screening) de problemas emocionales y de conducta infantil, que Fonseca cita en la evaluación del duelo.

Ojo. El SPECI también explora problemas emocionales y de conducta. Se descarta por ser un cribado; el manual no recoge su estructura, de modo que la elección del SENA se apoya en que es el instrumento que los manuales asocian a los problemas exteriorizados e interiorizados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 19, pág. 126; cap. 22, tabla 22.1, pág. 151. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 2, págs. 63, 71 y 75. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, pág. 736.

EN EL ATLAS

Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Se estudia con Izquierdo (Consulta).

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes materiales o consignas se utilizan en las técnicas proyectivas temáticas? (Fernández-Ballesteros, 1980):

1. Consignas verbales o escritas para dibujar una figura humana u otras figuras.
2. Material visual de escasa estructuración que el/la evaluado/a debe estructurar diciendo lo que ve o a qué se parece.
3. Material visual con distintos grados de estructuración, de contenido humano o parahumano para narrar una historia. ✓
4. Consigna verbal o escrita por la que el sujeto ha de asociar o completar palabras, frases o cuentos.

Las técnicas proyectivas temáticas piden narrar una historia ante láminas de contenido humano o parahumano

Fernández-Ballesteros clasifica las **técnicas proyectivas** según el material y la consigna en cinco grupos. Las **temáticas** usan material visual con distintos grados de estructuración formal de contenido **humano o parahumano**, y la tarea es **narrar una historia**, como en el Test de Apercepción Temática. Las estructurales presentan material visual poco estructurado que hay que estructurar diciendo lo que se ve (Rorschach); las expresivas piden dibujar figuras; las constructivas dan material concreto para organizar (test del pueblo), y las asociativas piden asociar o completar palabras, frases o cuentos.

1. Corresponde a las técnicas expresivas, como el dibujo de la figura humana, de la familia o del árbol.
2. Corresponde a las técnicas estructurales, como el psicodiagnóstico de Rorschach.
3. Es la definición de las técnicas temáticas, como el TAT.
4. Corresponde a las técnicas asociativas, como las frases incompletas o las fábulas de Düss.

CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS

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

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

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

EN EL ATLAS
Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Consulta).

125 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 4

¿Qué técnica utiliza un terapeuta si durante la entrevista de devolución trata de ofrecer al paciente una perspectiva distinta ante una situación o suceso?:

1 Reorientación.

2 Información.

3 Psicoeducación.

4 Encuadre. ✓

Con el encuadre el terapeuta ofrece una perspectiva distinta ante una situación o suceso

Para la **entrevista de devolución**, Moreno Rosset recomienda tres técnicas verbales directivas: información, instrucciones y **encuadre**. Informar es comunicar verbalmente al entrevistado los resultados de la evaluación y las claves para las soluciones. Con las instrucciones el terapeuta dirige al paciente sobre cómo hacer algo. Con el encuadre el terapeuta trata de **ofrecer al cliente una perspectiva distinta ante una situación o suceso** y puede describir el valor que tendrá un tratamiento; se busca que el entrevistado comprenda sus objetivos. Belloch lo presenta como una técnica similar a la interpretación, que ofrece significados alternativos para que el paciente vea el mundo desde una perspectiva más adaptativa.

1. La reorientación no figura entre las técnicas de la entrevista de devolución que describen Moreno Rosset y Belloch.
2. La información consiste en comunicar los resultados de la evaluación y las claves para las soluciones.
3. La psicoeducación no figura entre las técnicas verbales de la entrevista que recogen estos manuales.
4. Es la definición de encuadre del manual.

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, pág. 212. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, tabla 4.3, págs. 101-102.

EN EL ATLAS Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Belloch 2020 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 13

126 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 3

¿A qué nos referimos al hablar de los efectos colaterales no anticipados del uso legítimo de un test?:

1 Validez efectual.

2 Validez ecológica.

3 Validez consecuencial. ✓

4 Validez yatrogénica.

La validez consecuencial se ocupa de los efectos colaterales no anticipados del uso legítimo de los test

Moreno Rosset recoge la definición de **Messick**: la **validez consecuencial** son los **efectos colaterales no anticipados de los usos legítimos de los test**, especialmente si los efectos adversos imprevistos se relacionan con fuentes de invalidez del test, como la baja representación del constructo o la dificultad no relacionada con el constructo. Se trata de considerar qué efectos, positivos o negativos, puede tener el uso de una técnica. Muñiz explica que el debate sobre la validez consecuencial se aviva con el trabajo de Messick (1989), que propuso ampliar el concepto de validez para dar cabida a las **consecuencias del uso de los test**, incluidas desde los estándares de 1999.

1. La «validez efectual» no figura entre los tipos de validez que recogen los manuales del corpus.
2. La validez ecológica es el grado en que los comportamientos observados y registrados en una investigación reflejan lo que acontece en los escenarios naturales.
3. Es la definición de Messick que recoge el manual.
4. La «validez yatrogénica» no figura entre los tipos de validez que recogen los manuales del corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 170 y 173. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 107-108.

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

127 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 4

De las siguientes opciones, una NO hace referencia a un procedimiento de observación sistemática de conductas específicas que tiene por objetivo el análisis de la relación entre la conducta y el ambiente (físico o social). Señale cuál:

1. Formato de campo.
2. Matriz de interacción.
3. Mapas de conducta.
4. Registro holístico de conducta. ✓

El registro holístico no figura entre los protocolos que analizan la relación entre conducta y ambiente

Fernández-Ballesteros describe los **protocolos observacionales de conducta** (o listas de rasgos): series bien especificadas de conductas, con o sin indicación de antecedentes y consecuentes, que tienen en cuenta las relaciones funcionales entre las conductas y los eventos ambientales. Los más frecuentes son los **registros de conductas**, las **matrices de interacción**, dirigidas a constatar las interacciones entre el ambiente social y la conducta, y los **mapas de conducta**, también llamados **formato de campo**: observación sistemática de conductas específicas situadas en unas coordenadas espacio-temporales para analizar las relaciones entre la conducta y variables ambientales. El «registro holístico de conducta» no aparece entre ellos.

1. Formato de campo es el otro nombre del mapa de conducta en algunos textos (Anguera, 1987).
2. Las matrices de interacción constatan las relaciones funcionales entre el ambiente social y la conducta en la interacción de dos o más sujetos.
3. Los mapas de conducta responden a la definición del enunciado, casi con las mismas palabras del manual.
4. El manual no recoge ningún procedimiento con ese nombre entre los protocolos observacionales.

> **Trampa.** Las opciones 1 y 3 son la misma técnica con dos nombres, así que ninguna puede ser la respuesta de una pregunta en negativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 3.3, págs. 203-206.

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

128

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 3

En la evaluación psicofisiológica, ¿cuál de las siguientes opciones de respuesta comprende los conceptos de habituación, sensibilización, biofeedback y modulación refleja?:

1 Reactividad.

2 Reflejo de sobresalto.

3 Plasticidad. ✓

4 Activación.

La plasticidad comprende habituación, sensibilización, biofeedback y modulación refleja

Moreno Rosset presenta tres conceptos del cuerpo teórico de la evaluación psicofisiológica. La **activación** es un constructo hipotético que refleja el aumento o disminución de la excitabilidad, actividad o reactividad del sistema nervioso central y periférico. La **reactividad** se refiere a la intensidad y características de las respuestas fisiológicas a los cambios del medio; sus tres respuestas más importantes son las de orientación, defensa y sobresalto. La **plasticidad** hace referencia al **grado de modificación de las respuestas fisiológicas**, y comprende la habituación, la sensibilización, el biofeedback y la modulación refleja.

1 La reactividad se refiere a la intensidad y características de las respuestas fisiológicas ante los cambios del medio (orientación, defensa y sobresalto).

2 El reflejo de sobresalto es una de las tres respuestas de la reactividad, no un concepto que englobe a los demás.

3 Es la definición de plasticidad del manual.

4 La activación es el constructo que refleja el aumento o disminución de la excitabilidad del sistema nervioso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 293-294.

EN EL ATLAS

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

129 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de las siguientes distorsiones NO se asocia a los formatos de repuesta tipo Likert:

1 Error escalar.

2 Restricción de rangos.

3 Severidad.

4 Asentimiento. ✓

El asentimiento es la distorsión de las respuestas dicotómicas, no de las escalas tipo Likert

Fernández-Ballesteros distingue las distorsiones según el formato de respuesta. Con respuestas **dicotómicas** («sí/no», «verdadero/falso»), la más frecuente es el **asentimiento** o aquiescencia: la tendencia a responder afirmativamente con independencia del contenido. Con escalas **tipo Likert** aparecen los **errores escalares**: la tendencia a responder en el centro o en los extremos de la escala. Siguiendo a Saal, Downey y Lahey (1980), la tendencia central, también llamada restricción de rangos, lleva a no elegir los extremos, y la severidad es la tendencia a asignar valores escalares extremos, ambas con independencia del contenido del autoinforme.

1. Los errores escalares son la distorsión propia de las escalas tipo Likert.
2. La restricción de rangos (tendencia central) es uno de los dos errores escalares más frecuentes.
3. La severidad, o tendencia a asignar valores extremos, es el otro error escalar.
4. El asentimiento es la distorsión más frecuente con respuestas dicotómicas.

Trampa. Pregunta en negativo: tres opciones son errores escalares (el genérico y sus dos formas) y la cuarta pertenece al otro formato de respuesta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, págs. 268-269.

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

130

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 4

Respecto de los Test Adaptativos Informatizados cabe afirmar lo siguiente:

1 La evaluación se inicia con la presentación de un ítem de dificultad inferior a la habilidad del evaluado, si se dispone de información previa sobre dicha habilidad.

2 La elección del ítem que se va a presentar en cada momento suele depender del cálculo de la habilidad media mostrada en una selección aleatoria de los ítems anteriores.

3 La finalización de la sesión tiene lugar, en todo caso, a partir de un tiempo previamente fijado y estandarizado en cada test.

4 La estrategia de selección de ítems más utilizados es la de "ramificación variable". ✓

La estrategia de selección de ítems más utilizada en los TAI es la ramificación variable

Los **test adaptativos informatizados** seleccionan del banco los ítems que mejor evalúan a la persona según sus respuestas anteriores. Fernández-Ballesteros resume sus tres decisiones: cómo empezar, cómo continuar y cómo acabar. La sesión comienza con un ítem de **dificultad similar a la habilidad** de la persona si se dispone de información previa, o, como es habitual, con un ítem de **dificultad media**. Después, la estrategia más utilizada es la **ramificación variable** (Renom y Doval, 1999): la habilidad se **reestima tras cada respuesta** y se elige el ítem más informativo. La sesión puede terminar tras un tiempo límite, un número de ítems, un error de medida aceptable o una estimación por encima o por debajo de un punto de corte.

1. Si hay información previa, el primer ítem tiene una dificultad similar a la habilidad de la persona, no inferior.
2. El siguiente ítem se elige reestimando la habilidad tras cada respuesta y buscando el más informativo, no con una media de ítems anteriores tomados al azar.
3. El tiempo límite es solo uno de los criterios de finalización: también lo son un número de ítems, un error de medida aceptable o un punto de corte.
4. Es la estrategia de selección más utilizada según el manual.

Trampa. La opción 3 convierte en obligatorio («en todo caso») uno de los varios criterios posibles para terminar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 4, págs. 311-312. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, apdo. 11, págs. 261-262.

EN EL ATLAS

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

131

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo | Revisar

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes pruebas de evaluación NO incluye los denominados “ítems críticos”?:

1. Bayley-III. Escala Bayley de Desarrollo Infantil-III. ✓
2. BASC 3. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes.
3. M-CHAT. Cuestionario de Autismo en la Infancia; Modificado.
4. PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad.

De estas pruebas, la Bayley-III es la única descrita sin ítems críticos

Los **ítems críticos** son ítems seleccionados para alertar al profesional de situaciones que requieren **atención inmediata**. Moreno Rosset los describe en el **PAI** (25 ítems agrupados en ocho áreas de contenido, como riesgo de autolesión o de agresión) y en el PAI-A (17). La ficha del **BASC** del apéndice de Fernández-Ballesteros indica que contiene ítems críticos que se pueden interpretar de forma individual. En cambio, las **Escalas Bayley de desarrollo infantil-III** (de 1 mes a 3,6 años) se describen con tres escalas, **cognitiva, lenguaje y motora**, y un inventario de observación conductual, sin ítems críticos.

1. Su descripción (escalas cognitiva, de lenguaje y motora, más un inventario de observación conductual) no incluye ítems críticos.
2. La ficha del BASC indica que contiene ítems críticos que se pueden interpretar de forma individual.
3. El M-CHAT revisado es un instrumento de cribado del autismo para niños de 16 a 30 meses que categoriza el riesgo en bajo, medio o alto.
4. El perfil del PAI incluye información sobre 25 ítems críticos que requieren la atención inmediata del profesional.

Ojo. El corpus no menciona los ítems críticos del M-CHAT (Izquierdo et al. solo recogen su edad de aplicación y sus categorías de riesgo), y la ficha del apéndice describe el BASC, no el BASC-3. La opción 3 queda sin texto que la descarte.

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. 432; cap. 13, págs. 471, 478 y 489. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2, ficha del BASC, pág. 2. 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. 31, pág. 209.

EN EL ATLAS

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

132

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 4

¿Qué ventaja NO se le atribuye a la entrevista estructurada en la evaluación clínica?:

1 Aumenta la validez de contenido al incluir preguntas relacionadas directamente con los criterios que mide.

2 Permite obtener diagnósticos de los trastornos psicológicos por entrevistadores con no alta formación clínica.

3 Incrementa significativamente la concordancia entre entrevistadores.

4 Muestran una utilidad clínica mayor que la entrevista semiestructurada. ✓

La entrevista estructurada destaca en investigación, no por una mayor utilidad clínica

Belloch compara las entrevistas no estructuradas y las **estructuradas**. Las no estructuradas son las más empleadas en el ámbito clínico por su flexibilidad, aunque tienen peores datos de fiabilidad y validez y exigen un nivel muy elevado de conocimiento psicopatológico. Las estructuradas son **más sencillas de aplicar** porque no requieren decisiones constantes del entrevistador, cubren todas las categorías diagnósticas con criterios DSM o CIE y presentan **elevada validez de contenido** y **mayor fiabilidad interjueces**, por lo que son de gran utilidad en **investigación**. Sus inconvenientes son que resultan **extensas y tediosas** y no permiten flexibilizar la administración.

1 Es una ventaja que recoge el manual: elevada validez de contenido, al seguir los criterios DSM o CIE.

2 Es una ventaja: son más sencillas de aplicar porque no requieren la toma de decisiones constante, mientras que las no estructuradas exigen un conocimiento psicopatológico muy elevado.

3 Es una ventaja: mayor fiabilidad interjueces.

4 El manual destaca su utilidad en investigación; en la clínica las más empleadas son las no estructuradas, por su flexibilidad.

Ojo. La opción 2 tiene un matiz: Belloch añade que la entrevista estructurada requiere un entrenamiento extenso del entrevistador para no convertirla en un interrogatorio. La ventaja se refiere a la toma de decisiones clínicas, no a prescindir de formación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 114-115.

EN EL ATLAS

Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

133

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

El ensayo clínico REFOCUS (Slade et al., 2015):

1. Pone a prueba un modelo de proceso de cambio, para personas con diagnóstico de psicosis, estructurado y secuenciado en ocho niveles, enumerados exhaustivamente en la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES).
2. Sugiere que un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME puede facilitar la recuperación en personas con diagnóstico de psicosis. ✓
3. Sugiere efectos prometedores de mindfulness como forma de promoción de una actitud consciente y sin prejuicios hacia las personas con diagnóstico de psicosis.
4. Compara los efectos de un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME con los de una nueva intervención centrada en el desarrollo y promoción de la metacognición en personas con diagnóstico de psicosis, no encontrando los autores diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.

El ensayo REFOCUS sugiere que un abordaje basado en el modelo CHIME facilita la recuperación en la psicosis

En el proceso psicoterapéutico de la psicosis, Fonseca y sus colaboradores sitúan la meta más allá de la recuperación clínica y social, en la **recuperación personal**. La revisión de Leamy et al. (2011) agrupa los procesos implicados en cinco temas, resumidos en el acrónimo **CHIME**: conexión social, esperanza y optimismo, identidad, significado y empoderamiento. Con ese marco se han diseñado intervenciones nuevas, y las conclusiones del **ensayo clínico REFOCUS** (Slade et al., 2015) sugieren que un abordaje que siga el modelo CHIME **puede facilitar el desarrollo de la recuperación personal**. Estos programas suelen incluir aprendizaje interpersonal a partir de experiencias compartidas y grupos que fomentan el contacto entre iguales.

1. La secuencia de ocho niveles recogida en la Escala de asimilación de experiencias problemáticas (APES) pertenece al modelo de asimilación de Stiles, que el mismo capítulo expone al hablar de la regulación emocional.
2. Es la conclusión que el manual atribuye al ensayo REFOCUS.
3. Las propuestas basadas en el mindfulness, orientadas a promover una actitud consciente y sin prejuicios ante las percepciones, aparecen en otro apartado del capítulo y no se relacionan con REFOCUS.
4. El manual no describe en REFOCUS ninguna comparación con una intervención metacognitiva. Las propuestas dirigidas a la capacidad metacognitiva se presentan aparte, como vía para mejorar el acceso a los estados mentales.

Trampa. Los distractores toman conceptos reales del mismo capítulo (APES, mindfulness, metacognición) y los pegan al nombre del ensayo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4 (Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico), págs. 162 y 165-166.

EN EL ATLAS

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

134

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 4

En el modelo de integración táctica propuesto por Catherine G. Fine (1991, 1992, 1993, 1996) para el tratamiento del trastorno de identidad disociativo, el trabajo abreactivo se introduce en:

1. La etapa de afloramiento del afecto.
2. La etapa de intervenciones cognitivo-conductuales.
3. La etapa de supresión del afecto.
4. La etapa de disolución del afecto. ✓

En el modelo de Fine el trabajo abreactivo llega en la etapa de disolución del afecto

El **modelo de integración táctica** de Catherine G. Fine ayuda al paciente con un trastorno de identidad disociativo a **desarrollar tolerancia al afecto antes de realizar un trabajo abreactivo**. Es un modelo de integración fásica en dos etapas. En la **supresión del afecto** se identifican los estados del yo, tiene lugar gran parte de la reestructuración cognitiva y el paciente aprende estrategias para manejar el afecto intenso. Una vez que ha empezado a desaprender viejos patrones, en la **disolución del afecto** el terapeuta introduce el **trabajo abreactivo**, poco a poco, con aproximaciones sucesivas y prefiriendo las abreacciones fraccionadas a las totales.

1. El modelo descrito por Fine no incluye una etapa de afloramiento del afecto; sus dos etapas son la supresión y la disolución del afecto.
2. Las intervenciones cognitivas se adaptan a lo largo de todo el tratamiento y no forman una etapa propia del modelo.
3. En la supresión del afecto se trabaja la reestructuración cognitiva y la seguridad; el trabajo abreactivo se reserva para después.
4. Es la etapa en la que el terapeuta introduce el trabajo abreactivo.

Ojo. La Base del tema C16 (Fonseca Adultos, cap. 14) no describe el modelo de Fine; está en la obra de Consulta del tema.

Para fijarlo. Primero se contiene el afecto y luego se diluye: la abreacción entra cuando el paciente ya tolera lo que siente.

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. 11 (Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno disociativo de identidad, Fine), págs. 337-339.

EN EL ATLAS

Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Caballo 2002 (Consulta).

135

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

El tratamiento denominado Diálogo abierto ha sido desarrollado y utilizado fundamentalmente para el abordaje de personas con diagnóstico de:

1 Psicosis. ✓

2 Depresión.

3 Trastornos de ansiedad.

4 Trastornos de la personalidad.

El diálogo abierto nació para atender en su contexto a las personas con psicosis

Fonseca presenta el **diálogo abierto** entre las nuevas formas de intervención psicológica en **psicosis**, como uno de los abordajes que mayor esperanza y optimismo ha generado para su tratamiento en los últimos años. Según Seikkula y Trimble (2005), su éxito se debe al **cambio estructural** en el sistema de atención, que atiende a las personas en crisis junto con sus redes sociales y en su propio contexto, y al **proceso dialógico** de las reuniones. Los primeros resultados de seguimiento a cinco años proceden de personas con diagnóstico de psicosis no afectiva atendidas con este modelo en Finlandia.

1. Es el trastorno para el que se desarrolló y en el que se ha estudiado.
2. El manual no presenta el diálogo abierto como tratamiento de la depresión.
3. Tampoco lo sitúa entre los tratamientos de los trastornos de ansiedad.
4. Ni entre los de los trastornos de la personalidad; el capítulo que lo describe es el de la psicosis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 279 y 283. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 18 (Diálogo abierto en psicosis), pág. 551.

EN EL ATLAS

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

136

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes módulos NO pertenece a la Terapia psicológica integrada (IPT) para el tratamiento de la esquizofrenia?:

1 Resolución de problemas interpersonales.

2 Rehabilitación metacognitiva. ✓

3 Diferenciación cognitiva.

4 Comunicación verbal.

La rehabilitación metacognitiva no es uno de los cinco subprogramas de la IPT

La **terapia psicológica integrada** (IPT) de Roder y colaboradores es un programa grupal de orientación conductual con **cinco subprogramas** ordenados jerárquicamente. Los tres primeros, diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal, forman el bloque de **rehabilitación cognitiva**; los dos últimos, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales, el de **competencia social**. Las primeras intervenciones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas y las últimas entrenan la resolución de los problemas interpersonales más complejos. La rehabilitación metacognitiva no figura entre ellos.

1 La resolución de problemas interpersonales es el quinto subprograma, el más complejo.

2 No es un subprograma de la IPT.

3 La diferenciación cognitiva es el primero de los subprogramas del bloque de rehabilitación cognitiva, dirigido a los déficits en atención, percepción y memoria.

4 La comunicación verbal es el tercero y cierra el bloque de rehabilitación cognitiva.

SUBPROGRAMAS DE LA IPT (RODER ET AL., 2007)

Subprograma	Contenido
Diferenciación cognitiva	se entrenan las habilidades cognitivas no sociales
Percepción social	se analizan los estímulos sociales
Comunicación verbal	se trabajan las habilidades de conversación
Habilidades sociales	se trabajan diferentes recursos interpersonales
Resolución de problemas interpersonales	pone en práctica diferentes formas de resolver conflictos con los demás

Fuente: Fonseca-Pedrero (2019), cap. 9, pág. 293

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, pág. 968. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 278-279 y figura 8.2 (pág. 283). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, pág. 293.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 2

El principio terapéutico que pretende situar al cliente fuera del contenido de sus emociones, pensamientos o recuerdos y en su lugar procura una identidad que los trascienda y que sea el centro desde el cual actuar, se denomina:

1. Defusión cognitiva.
2. Yo como contexto. ✓
3. Conciencia metacognitiva.
4. Orientación hacia la experiencia.

El yo como contexto busca una identidad que trascienda los contenidos de la mente

Entre los procesos de la **terapia de aceptación y compromiso** (ACT), Díaz, Ruiz y Villalobos describen el **yo como contexto** como el proceso que trata de situar verbalmente la construcción del yo **como centro desde el que actuar**, diferenciándolo de las emociones, pensamientos o recuerdos. Se pretende que los clientes pierdan sus ataduras a los contenidos verbales considerados como su identidad personal y que busquen **un sentido de identidad que trascienda lo literal**. La metáfora de **la casa y los muebles** lo ilustra: los muebles nunca serán la casa, que solo los contiene.

1. La defusión cognitiva cambia la relación con los pensamientos y otras experiencias privadas para verlos como eventos mentales que van y vienen; no plantea una identidad que trascienda esos contenidos.
2. Es la definición del yo como contexto.
3. La conciencia metacognitiva es un mecanismo propuesto para explicar los efectos del mindfulness; consiste en tomar conciencia de los pensamientos, observarlos y distanciarse de ellos.
4. La orientación hacia la experiencia es un componente de la definición de mindfulness de Bishop et al. (2004), que empieza con el compromiso de mantener una actitud de curiosidad ante cada pensamiento, sentimiento y sensación.

Trampa. Las cuatro opciones describen formas de tomar distancia de los propios contenidos mentales; solo el yo como contexto habla de una identidad desde la que actuar.

Para fijarlo. La casa no es los muebles: el yo contiene lo que pienso y siento sin confundirse con ello.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11 (Terapias de tercera generación), págs. 565-566, y cap. 10 (Mindfulness), págs. 502-503 y 507-508. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5.

EN EL ATLAS

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

138

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 2

Hablamos de programa de reforzamiento de intervalo fijo:

1. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, tras un número determinado de conductas emitidas.
2. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, tras un tiempo determinado previamente para realizar la observación de la conducta. ✓
3. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, de forma fija y continua.
4. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, según un intervalo de tiempo medio determinado.

En el intervalo fijo se refuerza la conducta tras un espacio de tiempo fijado

Los **programas de reforzamiento intermitente** pueden ser de razón o de intervalo. En los de **razón**, el reforzador depende de que la conducta aparezca un número determinado de veces, sin importar el tiempo transcurrido. En los de **intervalo** se refuerza cada ciertos intervalos temporales, por ejemplo observando cada 10 minutos si un niño está realizando una tarea y reforzándole si es así. Son **fijos** cuando el espacio de tiempo está fijado, como comprobar cada 15 minutos si el niño estudia, y **variables** cuando se aplican según un intervalo medio.

1. Reforzar tras un número determinado de conductas define el programa de razón fija.
2. Es el programa de intervalo fijo.
3. Presentar el reforzador siempre que se realiza la conducta es el reforzamiento continuo.
4. Reforzar según un intervalo medio define el programa de intervalo variable.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3 (Técnicas operantes), págs. 170-172.

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

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

139

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

Respecto de la terapia cognitiva del trastorno obsesivo compulsivo ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Pone el énfasis en la reestructuración cognitiva de las ideas obsesivas.
2. Prescinde de la prevención de respuesta dada la resistencia de los pacientes a realizarla.
3. La psicoeducación pone el énfasis en diferenciar las valoraciones metacognitivas inadecuadas de las ideas obsesivas. ✓
4. Se utiliza como terapia de apoyo para mejorar la adherencia a la exposición con prevención de respuesta, dado el alto nivel de abandono.

La terapia cognitiva del TOC enseña a distinguir las obsesiones de las valoraciones que se hacen de ellas

La terapia cognitiva del TOC no se dirige al contenido de las obsesiones, sino a cómo se valoran. En la **terapia cognitiva específica** que describe Penadés, la fase informativa recuerda el modelo **con énfasis en las valoraciones negativas y disfuncionales de las ideas obsesivas** y ejemplifica las diferencias entre las valoraciones que el paciente hace de sus **intrusiones inocuas** y las que hace de sus obsesiones. La psicoeducación sobre el TOC subraya también el papel de las valoraciones negativas o sesgadas de los pensamientos intrusos. Vallejo añade que la terapia cognitiva puede aplicarse como **tratamiento principal**, con las técnicas de exposición y prevención de respuesta usadas como **experimentos conductuales**.

1. Las sesiones de reestructuración se dedican a cuestionar las valoraciones y creencias disfuncionales que la persona mantiene sobre sus obsesiones.
2. Cuando la terapia cognitiva es el tratamiento principal, la exposición y la prevención de respuesta se usan como experimentos conductuales para modificar cogniciones disfuncionales.
3. Es el énfasis de la fase psicoeducativa.
4. Los manuales presentan la terapia cognitiva como un tratamiento en sí mismo, con resultados comparables a los de la EPR.

Ojo. La opción 4 tiene algún apoyo. Vallejo (2023, pág. 493) dice que la terapia cognitiva puede usarse para facilitar la exposición, y Fonseca (pág. 397) que las técnicas cognitivas pueden contribuir a una mejor aceptación del tratamiento. Pero ninguno la reduce a una terapia de apoyo para la adherencia. Ningún manual del corpus usa la expresión «valoraciones metacognitivas» de la clave; Penadés habla de valoraciones negativas y disfuncionales de las ideas obsesivas.

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 (Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo), págs. 303 y 315. 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. 493-494. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 397-398.

EN EL ATLAS

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

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad | Revisar

Respuesta correcta: 2

El procesamiento elaborativo del presente (Borkovec, 2004) es tomado por Clark y Beck (2010) como componente del tratamiento cognitivo de:

1. La prevención de recaídas en la depresión.
2. El trastorno de ansiedad generalizada. ✓
3. El trastorno de estrés postraumático.
4. El trastorno de pánico.

El procesamiento del momento presente procede del modelo de Borkovec para el trastorno de ansiedad generalizada

Borkovec y su grupo (Borkovec et al., 2004) entienden la preocupación del **trastorno de ansiedad generalizada** como una forma de **evitación cognitiva**. Belloch recoge que los programas basados en este modelo trabajan la reducción de la preocupación con técnicas como la monitorización de preocupaciones, el control de estímulos, la relajación y la **focalización de la atención en el momento presente**. En la TCC de ese grupo, el paciente pospone sus preocupaciones a un periodo fijado y se concentra hasta entonces en la experiencia del momento presente. **Clark y Beck (2010)** presentan la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad con un capítulo específico para el TAG.

1. La obra de Clark y Beck (2010) se dedica a la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad.
2. Es el trastorno para el que Borkovec formuló su modelo y en el que se aplica el trabajo sobre el momento presente.
3. El trastorno de estrés postraumático no aparece en el corpus ligado a este componente.
4. Tampoco el trastorno de pánico.

Ojo. Ningún manual del corpus usa la expresión «procesamiento elaborativo del presente» ni describe ese componente dentro del tratamiento de Clark y Beck (2010). La clave se deduce porque Borkovec (2004) es el autor del modelo del TAG y la focalización en el momento presente forma parte de los programas basados en él (Belloch, pág. 59; Vallejo 2012, pág. 279). Las opciones 3 y 4 no se pueden descartar con una cita literal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2 (Trastornos de ansiedad), págs. 57-59. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Trastorno de ansiedad generalizada, Crespo), pág. 239. 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. 278-279.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Belloch 2020 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

En la terapia cognitiva para trastornos de ansiedad de Clark y Beck (2010), la intervención cognitiva para el procesamiento posterior al evento (post mortem) es especialmente necesaria en:

1 La agorafobia.

2 El trastorno de estrés postraumático.

3 El trastorno obsesivo compulsivo.

4 El trastorno de ansiedad social. ✓

El procesamiento posterior al evento es un mecanismo propio de la ansiedad social

En el **trastorno de ansiedad social** la rumiación toma la forma de **procesamiento anticipatorio y post-evento**. Belloch describe cómo, después de enfrentarse a la situación, la persona se implica en un procesamiento sesgado, minucioso y con mucha rumiación sobre los fallos que haya podido cometer en la interacción. Penadés lo define como un **mecanismo perseverativo** que contribuye al mantenimiento del trastorno. Por eso los protocolos cognitivo-conductuales del trastorno, como el de McEvoy, aplican los principios del tratamiento **a las anticipaciones y al procesamiento posterior del acontecimiento**.

1 En la agorafobia el corpus no describe un procesamiento posterior al evento como diana del tratamiento.

2 En el trastorno de estrés postraumático el trabajo se centra en los recuerdos del trauma.

3 En el TOC el trabajo cognitivo se dirige a las valoraciones de los pensamientos intrusos.

4 Es el trastorno en el que el procesamiento post-evento mantiene el problema.

Ojo. El corpus no atribuye a Clark y Beck (2010) la indicación del procesamiento post mortem; la vincula a los modelos y protocolos de la ansiedad social (Clark y Wells; McEvoy).

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. 10 (Tratamiento del trastorno de ansiedad social), pág. 211. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 3 (Trastorno de ansiedad social), pág. 84. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad social, Caballo y Salazar), págs. 324-325.

EN EL ATLAS

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

142 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes · Anulada

Anulada

El procedimiento terapéutico que establece que de manera contingente el cliente debe corregir los efectos que produce su conducta-problema en el entorno y restaurar dicho entorno a una condición mejor de la que existía de darse la conducta problema, se denomina:

1. Coste de respuesta.
2. Práctica positiva.
3. Restitución.
4. Restauración positiva.

La definición del enunciado mezcla los dos componentes de la sobrecorrección, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Díaz, Ruiz y Villalobos describen la **sobrecorrección** como una penalización por una conducta inadecuada con dos componentes. La **restitución** consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta, por ejemplo pagar los desperfectos de un acto vandálico. La **práctica positiva** implica llevar a cabo repetidamente, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada, como limpiar durante varios días las calles ensuciadas y las adyacentes. El enunciado pide corregir los efectos y además dejar el entorno **mejor de lo que estaba**, un rasgo que en el manual aparece en el ejemplo de la práctica positiva.

1. El coste de respuesta es la pérdida de un reforzador positivo del que dispone la persona, como la retirada de puntos del carnet de conducir.
2. La práctica positiva consiste en repetir, incluso de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada.
3. La restitución consiste en corregir los efectos negativos causados por la conducta inadecuada.
4. El manual no recoge un procedimiento llamado «restauración positiva».

Ojo. El corpus no menciona la «sobrecorrección restitutiva» con el matiz de restaurar el entorno a una condición mejor que la previa. Con las definiciones del manual, el enunciado reúne rasgos de la restitución y de la práctica positiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3 (Técnicas operantes), págs. 184 y 188.

EN EL ATLAS

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

143

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 2

La desequilibración (o desequilibramiento) es una técnica característica de la terapia estructural (Minuchin) y consiste en:

1. Reformular el problema en términos relacionales y no lineales de modo que desequilibre y reestructure las dinámicas familiares.
2. Que el terapeuta abandone la neutralidad para dar un apoyo fuerte a un subsistema familiar. ✓
3. Entrevistar por separado a un subsistema familiar para crear desequilibrios que puedan ser luego abordados conjuntamente.
4. Posicionarse con el subsistema más fuerte de modo que fortalezca la cohesión del subsistema más débil.

En el desequilibramiento el terapeuta abandona la neutralidad para apoyar con fuerza a un subsistema

Rodríguez Morejón presenta el **desequilibramiento** como una de las técnicas favoritas de los terapeutas estructurales para **redistribuir el poder** dentro del trabajo con la jerarquía. Consiste en que el terapeuta decide estratégicamente **abandonar la neutralidad** para hacer **un apoyo fuerte a una persona o subsistema**, creando con él una potente alianza puntual. Suele ser **temporal**, para dar poder a alguien, y más tarde el terapeuta reequilibra la situación con el resto de los familiares. Puede completarse con tareas para casa, como encargar a alguien una tarea que antes no hacía.

1. Reformular el problema en términos relacionales es, según el manual, un buen inicio del trabajo estructural.
2. Es la definición del desequilibramiento.
3. Recibir por separado a partes de la familia es una de las intervenciones del trazado de límites, que sirve para mandar un mensaje a los demás y trabajar la alianza entre ellos.
4. El desequilibramiento sirve para dar poder a quien lo necesita dentro de la jerarquía; el manual no lo describe como una alianza con el subsistema más fuerte.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25 (Terapia estructural), págs. 432-433.

EN EL ATLAS Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 89

Respuesta correcta: 2

¿Qué técnica de escucha activa (directiva) ayuda a comprender los objetivos del tratamiento y a cambiar el modo en que el entrevistado interpreta la conducta de otra persona, o una situación, para posibilitar que responda de modo diferente?:

1 Indagación o sondeo.
2 Encuadre. ✓
3 Confrontación.
4 Instrucciones.

El encuadre ayuda a comprender los objetivos del tratamiento y a interpretar de otro modo una situación

En la **tabla 4.3** de Belloch, las técnicas de escucha activa directivas aparecen con sus objetivos. El **encuadre** tiene dos: **ayudar a comprender los objetivos del tratamiento** y **cambiar el modo de interpretar la conducta de otra persona o situación para que responda de modo diferente**, que es lo que describe el enunciado. Es una técnica parecida a la interpretación, porque busca que el paciente vea el mundo desde una perspectiva más adaptativa, pero ofrece significados alternativos a situaciones que interpreta de manera negativa. Moreno Rosset la sitúa, con la información y las instrucciones, entre las técnicas verbales directivas útiles en la entrevista de devolución.

1 La indagación o sondeo sirve para conocer a la persona en su conjunto y los aspectos, la gravedad, la frecuencia, la duración y el contexto de su problema.
2 Son los dos objetivos del encuadre en la tabla 4.3.
3 La confrontación anima a explorar maneras alternativas de percibir un suceso y hace consciente al paciente de discrepancias en sus pensamientos, sentimientos o conductas.
4 Las instrucciones proporcionan la información necesaria para que el paciente realice, o deje de realizar, una tarea o conducta.

TABLA 4.3. OBJETIVOS DE LAS TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA (DIRECTIVAS) (FILAS DE LAS TÉCNICAS DE LAS OPCIONES)

Técnica	Objetivos
Indagación o sondeo	Conocer a la persona en su conjunto, aspectos de su problema, gravedad de la sintomatología, frecuencia, duración, así como su contexto.
Encuadre	Ayudar a comprender los objetivos del tratamiento. Cambiar el modo de interpretar la conducta de otra persona o situación para que responda de modo diferente.
Confrontación	Animar a explorar maneras alternativas de percibir algún suceso o situación. Hacer consciente al paciente de discrepancias o incongruencias en sus pensamientos, sentimientos o conductas.
Instrucciones	Proporcionar la información necesaria para que el paciente sea capaz de realizar -o dejar de realizar- una determinada tarea o conducta.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 4, tabla 4.3, pág. 101

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4 (La entrevista diagnóstica), tabla 4.3, págs. 101-102. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5 (La entrevista en el proceso de evaluación psicológica), págs. 212-213.

EN EL ATLAS Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 13

145 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 3

Según la Terapia de esquemas de Young, Klosko y Weishaar (2003), cuando se solicita a una persona que lleve a cabo diálogos imaginarios con sus padres u otras personas significativas para identificar sus esquemas y emociones problemáticos, se le está pidiendo que realice una estrategia:

1. Para romper patrones conductuales.
2. De tipo cognitivo.
3. De tipo experiencial. ✓
4. De tipo metacognitivo.

Los diálogos imaginarios con los padres son una estrategia experiencial de la terapia de esquemas

La **terapia de esquemas** de Young, Klosko y Weishaar (2003) sigue una secuencia que empieza por las **estrategias cognitivas**, sigue con las emocionales y termina con el cambio de los patrones de actuación. En las **estrategias experienciales** se invita al usuario a recordar con la imaginación situaciones conflictivas de la infancia para activar los esquemas desadaptativos tempranos y sus emociones. Uno de sus ejercicios son los **diálogos imaginarios con padres y otras personas**, que primero sirven para identificar esquemas y emociones y después para que el terapeuta introduzca cambios.

1. Las estrategias para romper patrones conductuales llegan al final, cuando la persona ya es consciente de sus esquemas, y toman técnicas conductuales como la asertividad o el autocontrol.
2. Las estrategias cognitivas buscan que la persona evalúe la veracidad del esquema con pruebas, tarjetas recordatorio o un diario de esquemas.
3. Es una de las estrategias experienciales.
4. El manual no recoge un grupo de estrategias metacognitivas en la terapia de esquemas.

> **Trampa.** La silla vacía de los diálogos «parte esquema» frente a «parte sana» es una estrategia cognitiva, aunque también sea un diálogo; lo experiencial es imaginar escenas de la infancia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 17 (Terapia de esquemas), págs. 316-318.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Entre los principios generales para promover el cambio propuestos por Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016), la promoción de la autoobservación, el autoconocimiento y la autorreflexión hace referencia a:

1 La estructura del tratamiento psicológico.

2 La consistencia del tratamiento psicológico.

3 La motivación y monitorización del cambio a lo largo del tratamiento psicológico.

4 El desarrollo de la metacognición a lo largo del tratamiento psicológico. ✓

Promover la autoobservación, el autoconocimiento y la autorreflexión es el principio de la metacognición

Para promover el cambio en los trastornos mentales graves se han recomendado **seis principios generales** (Livesley, Dimaggio y Clarkin, 2016). Cuatro se refieren a la **relación terapéutica** y dos a aspectos **instrumentales**. Son la estructura, la alianza terapéutica, la consistencia, la validación, la motivación y monitorización del cambio y la **metacognición**, definida como promover la autoobservación, el autoconocimiento y la autorreflexión. Fonseca los expone en el capítulo sobre el proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico.

1 La estructura consiste en definir de forma clara la estructura básica del tratamiento, con su modelo conceptual, el encuadre terapéutico y un contrato explícito.

2 La consistencia consiste en mantener un proceso de tratamiento constante.

3 La motivación y monitorización del cambio busca mantener la motivación y el compromiso, incluido el feedback sobre los progresos de la terapia.

4 Es la definición del principio de metacognición.

PRINCIPIOS GENERALES PARA PROMOVER EL CAMBIO (LIVESLEY, DIMAGGIO Y CLARKIN, 2016)

Principio	Definición
1. Estructura	es importante definir de forma clara la estructura básica del tratamiento especificando (1) el modelo conceptual en el que se basa la terapia, (2) el encuadre terapéutico y (3) constituyendo un contrato explícito de tratamiento
2. Alianza terapéutica	establecer y mantener, monitorizándola si es preciso, una correcta alianza de tratamiento colaborativo
3. Consistencia	mantener un proceso de tratamiento constante
4. Validación	promover la validación
5. Motivación y monitorización del cambio	mantener una correcta motivación y compromiso de cambio, incluyendo el feedback sobre los progresos realizados en la terapia. En este punto resulta útil contar también con el feedback de otros informantes significativos para el paciente (por ejemplo, la pareja, familiares o amigos íntimos) que pueden identificar avances significativos en áreas que este no es capaz de detectar
6. Metacognición	promover la autoobservación, el autoconocimiento y la autorreflexión

Fuente: Fonseca-Pedrero (2019), cap. 4, págs. 148-149

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4 (Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico), págs. 148-149.

EN EL ATLAS

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

147 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F14 · Técnicas de relajación y respiración

Respuesta correcta: 3

El ejercicio de dirigir los globos oculares al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación es una tarea que forma parte de la siguiente técnica de tratamiento:

1 EMDR.

2 Visualización mindfulness.

3 Entrenamiento autógeno. ✓

4 Entrenamiento de visualización guiada.

Mirar al centro de la frente e imaginar un color es un ejercicio del grado superior del entrenamiento autógeno

El **entrenamiento autógeno** de Schultz se organiza en dos grados. El **grado inferior** reúne los ejercicios de relajación, que mediante autosugestión producen sensaciones de reposo, pesadez y calor. El **grado superior** reúne ejercicios de imaginación, y el primero que recoge el manual es la **experiencia con colores**: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación. Entre las indicaciones generales se especifica que, al iniciar el grado superior, el cliente debe **girar los globos oculares hacia arriba y hacia adentro** como si intentase mirar el centro de la frente.

1 En la EMDR los movimientos oculares son una forma de estimulación bilateral, sacádicos y horizontales, que acompañan al recuerdo traumático.

2 El manual no describe este ejercicio dentro de las prácticas de mindfulness.

3 Es un ejercicio del grado superior del entrenamiento autógeno.

4 El manual no lo describe como parte de una técnica de visualización guiada; lo sitúa dentro del entrenamiento autógeno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5 (Desensibilización sistemática y técnicas de relajación), págs. 276-277. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 15 (Tratamiento de los trastornos disociativos), pág. 364.

EN EL ATLAS

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

148

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias | Revisar

Respuesta correcta: 3

La entrevista motivacional de Miller y Rollnick propone predominantemente un estilo terapéutico:

1. Directivo.
2. Reflexivo.
3. De guía. ✓
4. De acompañamiento.

La entrevista motivacional se sitúa en un estilo de guía, entre dirigir y acompañar

Penadés presenta la **entrevista motivacional** de Miller y Rollnick como **una manera de comunicarse o relacionarse con las personas con objeto de facilitar el cambio**, más que como una técnica o un tratamiento. Sus principios clínicos piden **expresar empatía y aceptación**, **desarrollar discrepancia** y **evitar la discusión**, porque la discusión directa o una postura autoritaria refuerzan la resistencia. Debe ser la propia persona quien exprese las razones para cambiar. Esa combinación de dirección hacia el cambio y respeto por la autonomía es lo que la clave llama **estilo de guía**, aunque el término no aparece en el corpus.

1. El corpus advierte contra la postura autoritaria y la discusión directa, que refuerzan la resistencia; por eso el estilo predominante no es directivo.
2. La escucha reflexiva figura entre las técnicas de la entrevista motivacional; el corpus no la describe como un estilo terapéutico.
3. Es el estilo que propone la entrevista motivacional.
4. La entrevista motivacional orienta la conversación hacia el cambio y no se limita a seguir al paciente.

Ojo. El término «estilo de guía» y la tríada dirigir, guiar y acompañar proceden de Miller y Rollnick (2015), que no está en el corpus. Además, Vallejo (2012, vol. II, cap. 3, pág. 189) describe la entrevista motivacional como un protocolo que fomenta un balance decisional en el paciente «dirigido por el terapeuta», e Izquierdo et al. (2021, cap. 37, pág. 253) como un enfoque «directivo pero no impositivo», formulaciones que acercan la opción 1. La clave no puede sostenerse con una cita literal del corpus.

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 (Tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias), págs. 632-633. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Adicciones a sustancias ilegales), pág. 189. 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. 37, pág. 253.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 91, PIR 2024 · n.º 137

149

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas

Respuesta correcta: 1

En la Terapia de solución de problemas (D`Zurilla y Nezu) se describen tres estilos de solución de problemas; señale cuáles:

1. Uno positivo: racional; y dos negativos: evitativo e impulsivo-descuidado. ✓
2. Dos positivos: racional y optimista; y uno negativo: negador.
3. Uno positivo: realista; y dos negativos: negador y agresivo.
4. Dos positivos: racional y prudente; y uno negativo: negociador-dependiente.

El modelo de D'Zurilla y Nezu distingue un estilo racional y dos disfuncionales, el impulsivo-descuidado y el evitativo

El modelo revisado de solución de problemas sociales tiene cinco dimensiones: dos de **orientación al problema** (positiva y negativa) y tres **estilos de solución de problemas**. El estilo positivo o adaptativo es el **racional**, que sigue las fases de definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica con evaluación de resultados. Los estilos negativos o disfuncionales son el **impulsivo y descuidado**, con decisiones rápidas sin analizar las alternativas, y el **evitativo**, que aplaza las decisiones o depende de otras personas para abordar los problemas.

1. Son los tres estilos del modelo.
2. El modelo solo tiene un estilo positivo, el racional, y no recoge un estilo optimista ni uno negador.
3. El estilo positivo se denomina racional; los negativos son el impulsivo-descuidado y el evitativo.
4. No hay dos estilos positivos ni un estilo negociador-dependiente; la dependencia de otros forma parte del estilo evitativo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 9 (Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas), págs. 463 y 465.

EN EL ATLAS

Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

150 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 2

La Técnica de la moviola, método de autoobservación que pretende que la persona comprenda la dinámica entre su experiencia inmediata y la explicación de dicha experiencia, fue desarrollado en el marco de:

1. La Terapia de valoración cognitiva de R. Wessler.
2. La Terapia cognitiva postracionalista de V. Guidano. ✓
3. La Terapia de aceptación y compromiso de S. Hayes.
4. La Terapia focalizada en las emociones de L. Greenberg.

La moviola es la herramienta de autoobservación de la terapia posracionalista de Guidano

En la **terapia posracionalista** de Guidano el método de cambio es la **autoobservación** y la herramienta por excelencia es la **moviola**. Se ayuda al cliente a reconstruir un acontecimiento concreto de su vida como si fuera una película, y el terapeuta actúa como un **montador** que puede ir atrás o adelante, hacer zoom o pasar a cámara lenta un episodio. Se pretende reconstruir la experiencia con nuevos detalles y revisar las emociones que se generaron y las interpretaciones que propiciaron esa forma de sentirse. Más adelante la moviola sirve para revisar la secuencia de relaciones significativas de la persona.

1. La moviola no pertenece a la terapia de valoración cognitiva de Wessler.
2. Es la herramienta por excelencia de la terapia posracionalista.
3. La terapia de aceptación y compromiso trabaja con procesos como la defusión, la aceptación o el yo como contexto.
4. La terapia focalizada en las emociones de Greenberg no es el marco de la moviola.

> **Para fijarlo.** El terapeuta posracionalista monta la película del recuerdo: rebobina, amplía y ralentiza la escena.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18 (Terapias cognitivo-constructivistas), págs. 329-330.

EN EL ATLAS: Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 94

151

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 4

En el marco de las técnicas de escucha activa, ¿cuál de los siguientes objetivos NO se corresponde específicamente con la técnica de la autorrevelación?:

1 Hacer que la persona se sienta comprendida.

2 Compartir información que pueda resultarle útil a la persona.

3 Modelar nuevas conductas.

4 Proporcionar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista. ✓

Dar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista es un objetivo de la inmediatez

La **tabla 4.2** de Belloch recoge los objetivos de las técnicas de escucha activa no directivas. La **autorrevelación**, en la que el clínico expresa alguna información personal o experiencia propia, sirve para equilibrar los niveles de poder, hacer que la persona se sienta comprendida, facilitar su apertura, compartir información útil, modelar nuevas conductas y, de forma más directiva, hacer sugerencias. **Proporcionar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista** figura entre los objetivos de la **inmediatez**, que hace explícito lo que ocurre en la relación en ese preciso instante.

1 Hacer que la persona se sienta comprendida es uno de los objetivos de la autorrevelación.

2 Compartir información que pueda resultarle útil a la persona también lo es.

3 Modelar nuevas conductas también figura entre sus objetivos.

4 Es un objetivo de la inmediatez.

TABLA 4.2. OBJETIVOS DE LAS TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA (NO DIRECTIVAS) (FILAS DE LA AUTORREVELACIÓN Y LA INMEDIATEZ)

Técnica	Objetivos
Autorrevelación	Hacer que se considere al entrevistador como un ser humano más para equilibrar en cierta medida los niveles de «poder» y así facilitar la colaboración por parte del paciente. Hacer que la persona se sienta comprendida. Facilitar la apertura y autorrevelación de la persona. Compartir información que puede resultarle útil a la persona. Modelar nuevas conductas. Puede emplearse como estrategia directiva, como un modo de hacer sugerencias.
Inmediatez	Discutir algo que el entrevistador siente sobre sí mismo, sobre el entrevistado o sobre la relación, y que no se ha expresado de forma directa. Proporcionar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista. Ayudar a la autoexploración del entrevistado dado que es frecuente que se relacione con el clínico del mismo modo que lo hace con otras personas significativas.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 4, tabla 4.2, pág. 100

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4 (La entrevista diagnóstica), tabla 4.2, pág. 100.

EN EL ATLAS: Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 19

152

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 3

La Desensibilización sistemática enriquecida consiste en:

1. Incrementar los elementos en la jerarquía.
2. Incrementar los ejercicios de relajación.
3. Añadir algún tipo de estimulación física. ✓
4. Incrementar el pase de cada elemento (repetirlo entre 2 y 4 veces).

La desensibilización sistemática enriquecida añade estimulación física a la escena imaginada

Entre las variaciones de la **desensibilización sistemática**, Díaz, Ruiz y Villalobos describen la DS en vivo, la DS en grupo y la **DS enriquecida**. Esta última incorpora **algún tipo de estimulación física** que enriquece la escena ansiógena imaginada y le da **mayor realismo**, por ejemplo ruidos, olores o contacto físico. Resulta útil cuando la exposición en vivo no es posible, como en una fobia a las tormentas, donde puede usarse el sonido de los truenos, cuando las imágenes no suscitan ansiedad o cuando resulta difícil la concentración.

1. Incrementar los elementos de la jerarquía no define ninguna de las variantes de la DS que recoge el manual.
2. Tampoco la define incrementar los ejercicios de relajación.
3. Es lo que caracteriza a la DS enriquecida.
4. El manual no define la DS enriquecida por el número de veces que se presenta cada elemento.

Para fijarlo. Enriquecida quiere decir con sentidos: el trueno que suena mientras se imagina la tormenta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5 (Desensibilización sistemática y técnicas de relajación), pág. 264.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

153 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Según Bateman y Fonagy (2016), los creadores de la Terapia basada en la mentalización, existen tres modos prementalizadores (modos de pensamiento no mentalizadores) desde los cuales suelen funcionar las personas que sufren un trastorno de la personalidad y que son trabajados activamente en sesión. Señale cuáles:

1 Pseudometacognición, modo teleológico y modo racional.

2 Equivalencia psíquica, modo teleológico y modo lógico.

3 Modo simulado, modo emocional y modo racional.

4 Equivalencia psíquica, modo teleológico y modo simulado. ✓

Los tres modos prementalizadores son la equivalencia psíquica, el teleológico y el simulado

Cuando se pierde la capacidad de mentalizar reaparecen unos modos de experimentarse a uno mismo y a los demás parecidos a los de los niños pequeños. Son los **modos de pre-mentalización**: la **equivalencia psíquica**, el **modo teleológico** y el **modo simulado**. En la equivalencia psíquica la realidad mental se vive como la realidad externa («si yo pienso que es verdad, entonces es verdad»). En el modo simulado el discurso se llena de palabras o teorías desconectadas de la emoción y la persona puede **hipermentalizar o pseudomentalizar**. Reconocerlos ayuda a identificar los momentos en que la persona ha perdido la capacidad de mentalizar (Bateman y Fonagy, 2016).

1 El manual sitúa la pseudomentalización dentro del modo simulado y no recoge un «modo racional».

2 El manual no recoge un «modo lógico» entre los modos prementalizadores.

3 Tampoco recoge un «modo emocional» ni un «modo racional».

4 Son los tres modos prementalizadores.

Ojo. La Base del tema C19 (Fonseca Adultos, cap. 19) no describe los modos prementalizadores; se estudian en la obra de Consulta del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 16 (Tratamiento basado en la mentalización en los trastornos de la personalidad), págs. 310-311.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

154

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

La entrevista diseñada por Otto Kernberg para evaluar específicamente los problemas identitarios y que es utilizada en la fase de evaluación de la Terapia focalizada en la transferencia, se conoce como:

1 Entrevista transferencial.

2 Entrevista estructural. ✓

3 DIB-R.

4 IPDE.

La entrevista estructural de Kernberg evalúa la organización de la personalidad en la psicoterapia focalizada en la transferencia

La **psicoterapia focalizada en la transferencia** propone un diagnóstico basado en la organización o estructura mental de la persona, frente al diagnóstico categorial. Para ello usa la **entrevista estructural**, una herramienta que permite explorar el mundo interno y subjetivo y evaluar la **estructura u organización subyacente**. Sigue un esquema circular que parte de tres preguntas sobre el aquí y ahora y valora tres aspectos de la organización límite: los mecanismos de defensa, el juicio de realidad y la **identidad**, con la presencia de **difusión de identidad**. Comparada con el examen del estado mental, es más larga, exige más experiencia y facilita la aparición temprana de procesos transferenciales.

1 El manual no recoge una «entrevista transferencial»; la entrevista de evaluación de la TFP es la estructural.

2 Es la entrevista que propone Kernberg.

3 La DIB-R, de Zanarini et al. (1989), figura entre los instrumentos para evaluar el trastorno de la personalidad límite, con un punto de corte de 6 para el diagnóstico actual.

4 El IPDE (Loranger, 1997) es una entrevista que evalúa los criterios de los trastornos de la personalidad según la CIE-10 y el DSM-IV.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14 (Psicoterapia focalizada en la transferencia en los trastornos de la personalidad), págs. 272-273. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24 (Terapia dialéctico-conductual para el trastorno límite de la personalidad), págs. 586-587.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta) y Penadés (Ampliación).

Respuesta correcta: 3

Sobre la Terapia dialéctica conductual, cabe afirmar lo siguiente:

1. Es una terapia diseñada para el tratamiento ambulatorio del trastorno límite de la personalidad y no se aplica en otros encuadres terapéuticos.
2. El foco principal del tratamiento es el desarrollo de habilidades sociales.
3. Es un abordaje cognitivo-conductual desarrollado originalmente para tratar pacientes con tendencias suicidas crónicas. ✓
4. Está contraindicada en pacientes en situación de crisis que presentan graves conductas suicidas y autolesiones.

La terapia dialéctico-conductual nació para pacientes con conducta suicida crónica

La **terapia dialéctica conductual** (TDC) fue desarrollada por **Marsha Linehan** y su equipo en la Universidad de Washington. Inicialmente se diseñó como un tratamiento para **pacientes con conducta parasuicida y suicida crónica**, muchos de ellos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Linehan partió de la **terapia cognitivo-conductual** tradicional y, al ver que estos pacientes requerían otros elementos, añadió procedimientos de **aceptación** procedentes de la práctica contemplativa y Zen. Su principio dialéctico fundamental es el que se establece entre cambio y aceptación.

1. El manual recoge estudios con pacientes con TLP y abuso de sustancias, y entre los resultados de la TDC señala menos días de hospitalización psiquiátrica; no la restringe a un único encuadre ambulatorio.
2. El entrenamiento grupal enseña habilidades básicas, como las de mindfulness, pero el principio central de la TDC es la dialéctica entre cambio y aceptación.
3. Es el origen de la TDC.
4. Al contrario, se diseñó para pacientes con conducta suicida crónica y ha mostrado mejorías significativas en el comportamiento suicida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11 (Terapias de tercera generación), págs. 570-571 y 580.

EN EL ATLAS
Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

156 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

La Psicoterapia cognitivo analítica es un tratamiento adaptado para personas con trastorno límite de personalidad. Este tratamiento se basa en el siguiente modelo explicativo de la patología:

1. Modelo metacognitivo.
2. Modelo funcional del yo.
3. Modelo de estados múltiples del self. ✓
4. Modelo integrativo de los trastornos de personalidad.

La psicoterapia cognitivo-analítica entiende el self como formado por múltiples estados

La **psicoterapia cognitivo-analítica** (PCA) de Ryle pertenece a la tradición teórica que considera el **self formado por múltiples estados mentales** y no como un yo único. Cada estado se configura como una «voz» en diálogo, al modo de los personajes de una novela según el modelo dialógico de Bakhtin, y el self sería «una confederación de estados en lugar de una sola nación» (Ryle y Kerr). En el TLP, por experiencias adversas de cuidado, algunos procedimientos de rol recíproco se disocian y dan lugar a **estados del self escindidos**, que se viven como **cambios intensos y abruptos** en el sentido de sí mismo y de los otros.

1. El modelo metacognitivo no es el que describe el manual para la PCA.
2. El manual no recoge un «modelo funcional del yo» como base de la PCA.
3. Es el modelo explicativo de la PCA.
4. Ryle buscó integrar en un lenguaje común las ideas psicodinámicas y las cognitivas, pero el modelo de la patología en que se basa la PCA es el de los múltiples estados del self.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 15 (Psicoterapia cognitivo-analítica en los trastornos de la personalidad), págs. 287-288. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 31 (Terapia cognitivo-analítica), págs. 500-503.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Respuesta correcta: 2

En relación con la Terapia metacognitiva de Well (2009), ¿cuál de las siguientes tareas NO se corresponde con las dirigidas específicamente a ayudar a las personas a desarrollar su metaconciencia?:

1. La tarea del tigre.
2. La tarea de la rana. ✓
3. La tarea de la metáfora de los niños recalcitrantes.
4. La tarea de la libre asociación.

La tarea de la rana no figura entre los ejercicios de mindfulness desapegado de Wells

En la **terapia metacognitiva** de Wells, las tareas de **mindfulness desapegado** son técnicas pensadas para desarrollar **metaconciencia**, es decir, para ayudar a las personas a separarse de sus eventos mentales y reaccionar ante ellos de otra forma que la rumiación o los intentos de control. Rodríguez Morejón recoge entre ellas la orientación metacognitiva, las **tareas de libre asociación**, la **tarea del tigre**, el experimento de supresión-contrasupresión, los pensamientos como nubes, la metáfora del tren de pasajeros, la **metáfora de los niños recalcitrantes**, el verbal loop y el «yo observador». Ninguna obra del corpus describe una «tarea de la rana».

1. En la tarea del tigre la persona imagina un tigre y observa lo que hace en su mente sin intentar influir en él.
2. No es una de las tareas de mindfulness desapegado.
3. La metáfora de los niños recalcitrantes compara los pensamientos con niños que se portan peor cuanta más atención reciben.
4. En la libre asociación el terapeuta dice palabras y la persona observa los pensamientos que surgen de forma espontánea.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 23 (Terapia metacognitiva), págs. 402-403. Wells, A. (2020). Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión. Desclée De Brouwer. Cap. 5, págs. 120-125.

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

158 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento psicológico de las ideas delirantes de Chadwick y Lowe (1990), el uso de la comprobación empírica debe aplicarse:

1. Antes del cuestionamiento verbal.
2. Después del cuestionamiento verbal. ✓
3. Simultáneamente al cuestionamiento verbal.
4. Alternativamente al cuestionamiento verbal.

La comprobación empírica de los delirios es más eficaz después del cuestionamiento verbal

En la TCC de los síntomas psicóticos positivos, el **análisis verbal** de un episodio concreto puede sustentarse en la **comprobación empírica** de las conclusiones del debate, y esta a su vez sirve para nuevos debates, de modo que no conviene aplicarlas aisladas. **Chadwick y Lowe (1990)** demostraron, con estudios de casos, que las pruebas de realidad son más efectivas **cuando se aplican después (y no antes) de la fase de análisis verbal**. Vallejo lo resume así: la comprobación empírica por sí sola produce cambios leves e inconsistentes, mientras que la **confrontación verbal inicial seguida de comprobación empírica** mejora sustancialmente los efectos.

1. Aplicarla antes es justo lo contrario de lo que mostraron Chadwick y Lowe.
2. Es el orden que demostraron más efectivo.
3. Aunque ambos componentes se entrelazan, el manual establece un orden: primero el análisis verbal y después la prueba de realidad.
4. Tampoco se plantean como alternativas; se recomienda no aplicarlas de forma aislada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5 (Terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos positivos), pág. 188. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14, pág. 979.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 164

159

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento psicológico de personas con diagnóstico de esquizofrenia ¿qué dos componentes se entrenan específicamente en la Terapia neurocognitiva integrada (p. ej., Roder el al., 2010)?:

1. Habilidades sociales y neurocognición.
2. Neurocognición y cognición social. ✓
3. Autonocimiento y metacognición.
4. Percepción social y metacognición.

La terapia neurocognitiva integrada entrena la neurocognición y la cognición social

La parte cognitiva de la **terapia psicológica integrada** (IPT) se amplió con la **terapia neurocognitiva integrada** (INT; Roder y Mueller, 2015), una aproximación grupal y en parte informatizada de la rehabilitación cognitiva. Trata de restituir y compensar las **disfunciones neurocognitivas** y de **cognición social** propias de la psicosis, con ejercicios en las áreas de la iniciativa MATRICS. La figura 8.2 de Fonseca organiza la INT en dos columnas, **neurocognición** (velocidad de procesamiento, atención, aprendizaje y memoria, razonamiento y resolución de problemas, memoria operativa) y **cognición social** (percepción emocional, percepción social, esquema social, atribución y regulación de emociones).

1. Las habilidades sociales son uno de los subprogramas de la IPT, no uno de los dos componentes de la INT.
2. Son los dos componentes de la INT.
3. El autoconocimiento y la metacognición no son los dominios que la INT entrena.
4. La percepción social es solo uno de los dominios de la cognición social, y la metacognición no forma parte de la INT.

FIGURA 8.2. PROGRAMA DE TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (IPT) Y DESARROLLO ULTERIOR DE LA TERAPIA NEUROCOGNITIVA INTEGRADA (INT) (ADAPTADO DE RODER ET AL., 2010) (PARTE DE LA INT)

	Neurocognición	Cognición social
A	Velocidad de procesamiento. Atención/vigilancia.	Percepción emocional.
B	Aprendizaje y memoria verbal y visual.	Percepción social (teoría de la mente).
C	Razonamiento y resolución de problemas.	Esquema social.
D	Memoria operativa.	Atribución. Regulación de emociones.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 8, figura 8.2, pág. 283

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 279 y figura 8.2 (pág. 283).

EN EL ATLAS

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

160

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento psicológico para la psicosis, la Terapia AVATAR (utilización de avatares) ha sido desarrollada y validada con el objetivo esencial de:

1. Disminuir la frecuencia y malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación. ✓
2. Disminuir las experiencias alucinatorias de cualquier modalidad sensorial y las creencias delirantes resistentes a la medicación.
3. Reducir las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, así como las ideas delirantes persistentes de otro tipo.
4. Mejorar las funciones neurocognitivas y la disfunción social y laboral.

La terapia AVATAR busca reducir la frecuencia y el malestar de las voces resistentes a la medicación

Fonseca presenta la **terapia AVATAR** (audio-visual assisted therapy aid for refractory auditory hallucinations) entre los avances de la intervención digital en psicosis. Es una intervención psicológica que persigue **la disminución de la frecuencia y malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación** en personas con psicosis (Craig et al., 2018; Ward et al., 2020). Básicamente aplica la **realidad virtual**, que permite interactuar en tiempo real y aumenta la validez ecológica de la intervención. El propio nombre lo indica: está pensada para las alucinaciones auditivas refractarias.

1. Es el objetivo que el manual atribuye a la terapia AVATAR.
2. La terapia se dirige específicamente a las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación.
3. Las ideas delirantes no son su diana; se trabajan con otras intervenciones, como la TCC de los síntomas positivos.
4. La mejora neurocognitiva y del funcionamiento social es el objetivo de programas como la rehabilitación cognitiva o la IPT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 286-287. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 16 (La terapia AVATAR en psicosis).

EN EL ATLAS

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

161

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 2

Según el grado de invasividad de los tratamientos sintomáticos médicos para la disfunción eréctil, éstos se clasifican como de primera línea, de segunda línea y de tercera línea. Según esta clasificación, ¿de qué grado se consideran las inyecciones intracaversonas?:

1. De primera línea.
2. De segunda línea. ✓
3. De tercera línea.
4. De cuarta línea.

Las inyecciones intracavernosas son el segundo nivel del tratamiento médico de la disfunción eréctil

Labrador y Roa recogen los **tres niveles de acción escalonados** que Cabello (2010) señala para la disfunción eréctil. El **primer nivel** incluye los inhibidores de la PDE-5, otros fármacos orales y el dispositivo de vacío. El **segundo nivel** son las **inyecciones intracavernosas de prostaglandina E1**, de eficacia interesante sobre todo cuando los inhibidores de la PDE-5 no funcionan, pero con altas tasas de abandono (40 % a los 3 meses) por lo artificial de la situación. El **tercer nivel** son las intervenciones quirúrgicas, en especial las prótesis de pene, que solo deben contemplarse si han fracasado las alternativas anteriores.

1. En el primer nivel están los inhibidores de la PDE-5, otros fármacos orales y el dispositivo de vacío.
2. Es el nivel de las inyecciones intracavernosas.
3. El tercer nivel corresponde a las intervenciones quirúrgicas, como las prótesis de pene.
4. La clasificación tiene solo tres niveles.

NIVELES DE ACCIÓN ESCALONADOS EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (CABELLO, 2010)

Nivel	Tratamientos
Primer nivel	(a) Inhibidores de la PDE-5 (IPDE-5). (b) Otros fármacos: Apomorfina, Yohimbina, Fentolamina o Doxazosina. (c) Dispositivo de vacío.
Segundo nivel	Inyecciones intracavernosas de Prostaglandina E1 (PGE1).
Tercer nivel	Intervenciones quirúrgicas. Lo más frecuente es la implantación de prótesis de pene.

Fuente: Vallejo Pareja (2012), vol. I, cap. 14, págs. 763-764

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14 (Disfunciones sexuales, Labrador y Roa), págs. 763-764.

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Ampliación).

162 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de las siguientes alternativas no hace referencia a uno de los tratamientos que mejores resultados tiene en el vaginismo:

1. Desensibilización sistemática in vivo.
2. Reestructuración de creencias irracionales.
3. Coito no exigente. ✓
4. Entrenamiento individual.

El coito no exigente no figura entre los componentes del tratamiento del vaginismo

El tratamiento del **vaginismo** suele combinar la **desensibilización sistemática** u otras técnicas de exposición, el **entrenamiento del músculo pubocoxígeo** y la **inserción de dilatadores vaginales** de tamaño creciente, y obtiene buenos resultados. Penadés recoge para el dolor genitopélvico/penetración la **terapia cognitiva** de la historia sexual y de los miedos y mitos sexuales, el control de la ansiedad, los ejercicios de Kegel y la **desensibilización in vivo** con una jerarquía de inserción vaginal graduada que pasa de individual a pareja. Vallejo añade que el tratamiento suele iniciarse de forma individualizada con la mujer.

1. La desensibilización in vivo, con una inserción vaginal graduada, es un componente central del tratamiento.
2. La terapia cognitiva de los miedos y mitos sexuales, y la eliminación de las ideas irracionales sobre los propios genitales, forman parte del tratamiento.
3. No figura entre los tratamientos del vaginismo que recoge el corpus.
4. El tratamiento empieza con tareas individuales de la mujer, que se generalizan después a la pareja.

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 (Tratamiento de las disfunciones sexuales), cuadro 22.1, págs. 556-557. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 14, apdo. 5.2.4 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14 (Disfunciones sexuales, Labrador y Roa), pág. 784.

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Penadés (Base) y Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

163

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

Según la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2011), la primera fase de tratamiento de los trastornos disociativos consiste en:

1. Integrar y rehabilitar la identidad.
2. Estabilizar, reducir síntomas y entrenar en habilidades (de regulación emocional, etc.). ✓
3. Modificar los esquemas cognitivos.
4. Confrontar, trabajar e integrar memorias traumáticas.

La primera fase del tratamiento de los trastornos disociativos busca estabilizar, reducir síntomas y entrenar habilidades

Siguiendo la guía clínica de la **Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación** (2011), el tratamiento de los trastornos disociativos se planifica en tres fases. La **primera**, de **estabilización**, se centra en la regulación emocional, el funcionamiento interpersonal, el autocuidado y la comprensión de los síntomas. La segunda, de procesamiento del trauma, se centra en **confrontar, trabajar e integrar memorias traumáticas**, y la tercera, de **integración y rehabilitación**, busca la reintegración de la personalidad. Fonseca describe la fase 1 con los objetivos de reducir los síntomas y entrenar habilidades de estabilización, como las de regulación emocional.

1. La integración y rehabilitación es la tercera y última fase.
2. Es la primera fase.
3. La modificación de esquemas cognitivos no es una fase del modelo; desafiar las creencias ligadas al trauma aparece dentro de la tercera fase.
4. Confrontar, trabajar e integrar memorias traumáticas es la segunda fase.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8 (Trastornos disociativos), pág. 274. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 14, págs. 440-441. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 15 (Tratamiento de los trastornos disociativos), págs. 362-364.

EN EL ATLAS

Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Belloch 2020 no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 210

164

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 1

En relación al trastorno de ansiedad por la enfermedad/hipocondría, ¿qué modelo de tratamiento pone especial énfasis en los déficits cognitivo-perceptivos o "estilo somático amplificador"?:

1. La Terapia cognitivo-educativa de Barsky. ✓
2. La Terapia cognitivo-conductual de Warwick y Salkovskis.
3. La Terapia cognitivo-conductual de Bouman
4. La Terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke.

La terapia cognitivo-educativa de Barsky trabaja el estilo somático amplificador

Barsky y su grupo desarrollaron un programa **cognitivo-educativo** basado en la conceptualización de la hipocondría como un trastorno caracterizado por un **«estilo somático amplificador»**. Se presenta como un «curso» en grupos de 6 a 8 pacientes, con una relación semejante a la de profesor y alumno, cuya meta es aprender sobre la percepción de los síntomas físicos y sobre los factores psicológicos que **amplifican el malestar somático**: la atención, la cognición y reatribución de síntomas benignos, el contexto situacional y el estado emocional. Botella y Martínez lo distinguen de la propuesta de Warwick y Salkovskis, que sitúa el núcleo de la hipocondría en la **interpretación catastrófica** de los síntomas.

1. Es el programa centrado en el estilo somático amplificador.
2. La propuesta de Warwick y Salkovskis pone el énfasis en la interpretación errónea de los síntomas físicos no patológicos como señal de enfermedad grave.
3. Fonseca recoge de Bouman (2002) un curso psicoeducativo para la hipocondría, pero el estilo somático amplificador procede de Barsky.
4. La terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke no es un tratamiento de la hipocondría.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 15 (hipocondría), apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa). 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. 359-361 y 366-367. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, pág. 463.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 149

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa (BN) es cierta:

1. La medicación antidepresiva es utilizada para aliviar síntomas como depresión, ansiedad y obsesiones, siendo éstos su diana terapéutica, no estando descrito su uso específico sobre síntomas bulímicos como la falta de control de impulsos, los atracones o las conductas purgativas.
2. Los efectos antibulímicos de la medicación antidepresiva dependen directamente de sus efectos previos sobre el estado de ánimo.
3. La investigación sobre el uso de antidepresivos en BN sugiere que esta medicación tiene mecanismos de acción diferentes para los síntomas depresivos y los síntomas bulímicos. ✓
4. La presencia de clínica depresiva es el indicador más importante para predecir qué pacientes con BN se pueden beneficiar del tratamiento con medicación antidepresiva.

Los antidepresivos parecen tener mecanismos de acción distintos sobre los síntomas bulímicos y los depresivos

En la bulimia nerviosa la evidencia farmacológica más convincente 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. Sigue sin respuesta por qué son eficaces, ya que sus **efectos antibulímicos parecen independientes** de sus efectos sobre el estado de ánimo. Por ejemplo, la dosis terapéutica de **fluoxetina** para los síntomas bulímicos (60 mg/día) es superior a la de la depresión (20 mg/día), lo que sugiere **mecanismos de acción diferentes**. Por eso la presencia de depresión no ayuda a identificar qué pacientes se beneficiarán más.

1. Los antidepresivos se han mostrado superiores al placebo en la reducción de los atracones, así que su uso sobre los síntomas bulímicos sí está descrito.
2. Sus efectos antibulímicos parecen independientes de sus efectos sobre el estado de ánimo.
3. Es lo que sugiere la diferencia en las dosis eficaces de fluoxetina.
4. La presencia de depresión no sería útil para identificar a los pacientes que más se benefician de los antidepresivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Anorexia y bulimia, Díaz García), págs. 339-340.

EN EL ATLAS

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

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión · Anulada

Anulada

Cuál de las siguientes características de la Terapia cognitivo conductual extendida de los trastornos alimentarios (Fairbun) es INCORRECTA:

1. Es un tratamiento transdiagnóstico fundamentado en las semejanzas presentes en la psicopatología que comparten los trastornos de alimentación.
2. La primera fase del tratamiento pretende la formulación individualizada del caso.
3. En la primera fase, la relación terapéutica es no colaborativa dada la falta de conciencia de enfermedad.
4. La mayor parte de los pacientes reciben 10 sesiones a lo largo de 10 semanas.

Dos de las características propuestas de la TCC mejorada de Fairburn son falsas, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Según Vallejo, la **terapia cognitivo-conductual mejorada** (TCC-M) de Fairburn tiene **alcance transdiagnóstico**, porque considera que un tratamiento capaz de abordar la psicopatología nuclear común a los TCA debería ser eficaz en todos ellos. Desde el primer momento desarrolla una **formulación individualizada del caso**, objetivo explícito de su primera fase. La **relación terapéutica de colaboración** es fundamental, y la mayor parte de los pacientes reciben **20 sesiones a lo largo de 20 semanas**. Con estos datos, las opciones 3 y 4 son incorrectas a la vez.

1. La TCC-M se considera de alcance transdiagnóstico, basada en la psicopatología nuclear común a los TCA.
2. Desarrollar una formulación individualizada del caso es uno de los objetivos de la primera fase.
3. El manual subraya que la relación terapéutica de colaboración es fundamental.
4. La mayor parte de los pacientes reciben 20 sesiones a lo largo de 20 semanas, no 10.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 5 (Anorexia y bulimia, Díaz García), págs. 346-348.

EN EL ATLAS

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

167 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes técnicas derivada de los modelos teóricos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad social (fobia social) (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; Wells y Clark, 1997) se dirige a la corrección de la imagen distorsionada de la propia ejecución en las situaciones sociales que suelen presentar muchos pacientes que sufren este problema:

1. Técnica de reestructuración de imágenes.
2. Técnica de vídeo-feedback. ✓
3. Técnica de cambio de foco atencional.
4. Técnica de autocompasión.

El vídeo-feedback corrige la imagen distorsionada de la propia actuación en la ansiedad social

Clark y Wells (1995) y Rapee y Heimberg (1997) subrayan el papel que tiene en el mantenimiento de la ansiedad social la **imagen negativa de sí mismas** de estas personas, que suelen subestimar su ejecución en situaciones sociales. Para corregirlo se graba en vídeo la ejecución real del paciente y se le da un **feedback objetivo**. El **vídeo-feedback** permite contrastar la imagen subjetiva del propio comportamiento con la imagen real que ofrece el vídeo y corregir así la percepción errónea, y además informa de las habilidades que la persona tiene y de las que puede mejorar. El protocolo de Clark lo incluye entre las técnicas para reestructurar la **autoimagen distorsionada**.

1. La reescritura de imágenes trabaja las imágenes mentales negativas del self, a menudo ligadas a recuerdos, más que la ejecución concreta en una situación.
2. Es la técnica que contrasta la imagen subjetiva de la actuación con la imagen real grabada.
3. El cambio de foco atencional entrena a la persona para dirigir la atención hacia la tarea y la situación externa en lugar de hacia sí misma.
4. La autocompasión no figura entre las técnicas derivadas de estos modelos de la ansiedad social en el corpus.

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. 10 (Tratamiento del trastorno de ansiedad social), págs. 219-221 y 227. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Trastorno de ansiedad social, Caballo y Salazar), pág. 325.

EN EL ATLAS

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

168

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Una de las características distintivas del Programa de tratamiento del control del pánico de Barlow (Barlow y Cerny, 1998; Barlow y Craske, 1989, 2007), frente al Programa de terapia del grupo de Clark (1989) es que:

1. Se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas. ✓
2. Se da un mayor énfasis a la detección y reestructuración de las cogniciones catastróficas.
3. Se enfatiza el uso de los experimentos comportamentales para mostrar el papel de las cogniciones en los ataques de pánico.
4. Se insiste en la inclusión de técnicas de relajación profunda.

El programa de Barlow insiste en la exposición interoceptiva y el de Clark en reestructurar las cogniciones catastrofistas

Los protocolos con más evidencia para el trastorno de pánico son la **terapia cognitiva del grupo de Clark** (Clark, 1989; Salkovskis y Clark, 1991) y el **programa de control del pánico de Barlow** (Barlow y Craske). En la práctica son muy parecidos, porque los procedimientos son esencialmente los mismos, y solo difieren en parte en la conceptualización del trastorno y en la lógica de algunos procedimientos, como la exposición. La diferencia más notable es que el programa de Barlow **insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas**, mientras que el de Clark da **mayor énfasis a la detección y reestructuración de las cogniciones catastrofistas**.

1. Es la diferencia más notable del programa de Barlow.
2. El mayor énfasis en detectar y reestructurar las cogniciones catastrofistas es lo propio del programa de Clark.
3. Los experimentos conductuales para mostrar el papel de las cogniciones encajan con el énfasis cognitivo del programa de Clark.
4. El manual no señala la relajación profunda como el rasgo distintivo del programa de Barlow.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), pág. 397. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno de angustia y agorafobia), pág. 417.

EN EL ATLAS

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

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 1

Indique cuál de los siguientes módulos de tratamiento NO está incluido en el Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2011):

1. Solución de problemas. ✓
2. Conciencia de la emoción centrada en el presente.
3. Flexibilidad cognitiva.
4. Exposición interoceptiva y a las emociones.

La solución de problemas no es un módulo del Protocolo Unificado

El **Protocolo Unificado** (PU) para el tratamiento **transdiagnóstico** de los trastornos emocionales se compone de ocho módulos: estableciendo objetivos y manteniendo la motivación; comprendiendo las emociones; conciencia emocional plena; flexibilidad cognitiva; oponiéndose a las conductas emocionales; comprender y afrontar las sensaciones físicas; exposiciones emocionales; y reconocer los logros y mirar hacia el futuro. La tabla 6.1 detalla que el módulo de las sensaciones físicas usa ejercicios de **exposición interoceptiva** y que el módulo 7 practica el afrontamiento de las emociones intensas mediante exposición emocional. La solución de problemas no figura como módulo.

1. No es uno de los ocho módulos del PU.
2. La conciencia emocional plena, centrada en el presente y sin juzgar, es el módulo 3.
3. La flexibilidad cognitiva es el módulo 4.
4. La exposición interoceptiva forma parte del módulo de las sensaciones físicas, y la exposición a las emociones es el módulo 7.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, pág. 205 y tabla 6.1 (págs. 207-208).

EN EL ATLAS: Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

170

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el principal efecto del disulfiram o de la cianamida cálcica en el tratamiento del alcoholismo?:

1. Producir un condicionamiento aversivo en el caso de que la persona consuma alcohol. ✓
2. Reducir la intoxicación del alcohol en el caso de que se beba excesivamente.
3. Reducir los síntomas de la abstinencia del alcohol (delirium tremens, etc.) cuando se lleva un tiempo sin beber.
4. Reducir los efectos del alcohol y ayudar a mantener la bebida controlada.

El disulfiram y la cianamida cálcica son fármacos aversivos para prevenir la recaída en el alcoholismo

Becoña explica que, dado el riesgo de **recaída** días o semanas después de dejar de beber, el médico suele añadir **interdictores**, nombre que se da en el campo médico y psiquiátrico a los **fármacos aversivos para el alcoholismo**, como el **disulfiram** o la **cianamida cálcica**. Se distinguen de otros fármacos, como la naltrexona o el acamprosato, y del tratamiento médico específico que pueden requerir la abstinencia y sus complicaciones. Su función es, por tanto, hacer aversivo el consumo de alcohol para quien los toma.

1. Es el efecto de los fármacos aversivos o interdictores.
2. No reducen la intoxicación; el manual los presenta como fármacos aversivos para quien bebe.
3. Los síntomas de abstinencia requieren su propio tratamiento médico; los interdictores se añaden para prevenir la recaída.
4. No reducen los efectos del alcohol ni se orientan a la bebida controlada, ya que el consumo se vuelve aversivo.

Ojo. El corpus no describe la reacción que producen el disulfiram o la cianamida cálcica al beber; los define solo como fármacos aversivos (Vallejo, 2023, vol. II, pág. 42). La explicación farmacológica está en Vallejo Ruiloba (8.ª ed.), que no es fuente del Atlas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Alcoholismo, Becoña), pág. 42.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Vallejo Adultos (Consulta).

171

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el objetivo de los tratamientos de la adicción a opiáceos mediante antagonistas, tipo naltrexona?:

1. Bloquear los efectos subjetivos de la heroína para que se produzca extinción de la conducta de consumo. ✓
2. Reducir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.
3. Reducir el tiempo de desintoxicación de opiáceos en las primeras fases del tratamiento.
4. Como terapia de mantenimiento, lo que se pretende es la rehabilitación psicosocial. Una vez conseguida dicha rehabilitación se va reduciendo poco a poco el consumo de naltrexona.

La naltrexona bloquea los receptores opioides e impide los efectos de la heroína

La **naltrexona** es un **antagonista de los receptores μ-opioides**. Carlson explica que los bloqueantes de los receptores opioideos, como la naloxona o la naltrexona, **interfieren la acción de los opiáceos** y bloquean los efectos de la heroína. Stahl la presenta como una vía para mejorar el éxito de la abstinencia a largo plazo: los adictos pueden pasar no a la abstinencia, sino al **mantenimiento con un antagonista opiáceo** inyectable de acción prolongada. Si el consumo deja de producir sus efectos subjetivos, pierde su valor reforzante.

1. Es el objetivo de los tratamientos con antagonistas.
2. La reducción del síndrome de abstinencia se consigue sustituyendo el opioide por metadona o buprenorfina y añadiendo agonistas α2, como la clonidina o la lofexidina; un antagonista puede incluso precipitar la abstinencia.
3. Acortar la desintoxicación no es el objetivo principal del tratamiento con antagonistas.
4. Stahl plantea el mantenimiento con naltrexona como una forma de sostener la abstinencia a largo plazo.

Ojo. Stahl (pág. 561) señala que, a corto plazo, la naltrexona acorta el tiempo de abstinencia cuando se combina con lofexidina tras la metadona o la buprenorfina, lo que da cierto apoyo a la opción 3. La idea de extinción de la conducta de consumo de la clave no aparece de forma literal en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 13 (Impulsividad, compulsividad y adicción), págs. 560-561. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 18, pág. 608.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 1

En los trastornos depresivos, respecto a la tristeza como síntoma anímico muy frecuente, aparece el concepto de "sobreproducción emocional" que hace referencia a:

1. La coexistencia de la tristeza con otras emociones negativas como la ira, la ansiedad, el miedo o la vergüenza, entre otras. ✓
2. La intensidad de la tristeza, que siempre debe estar presente para establecer el diagnóstico de depresión.
3. El momento de inicio de la depresión, que se caracteriza por una tristeza marcadamente desproporcionada.
4. La historia evolutiva del paciente, donde la emoción de la tristeza debe haber estado presente de forma intensa y continuada.

La sobreproducción emocional es la coexistencia de la tristeza con otras emociones negativas

La **tristeza** es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, aunque es muy común que se acompañe de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo, y en depresiones graves el paciente puede incluso negar sentirse triste. El concepto de **sobreproducción emocional** recoge la **coexistencia de la tristeza con otras emociones negativas** (ira, ansiedad, miedo, vergüenza) que no se mencionan en los criterios diagnósticos pero son muy comunes como acompañantes. Diversos estudios han hallado que esta sobreproducción **predice mayor rumiación** y más dificultades en el manejo emocional (Hervás y Vázquez, 2011).

1. Es la definición de sobreproducción emocional.
2. El concepto no se refiere a la intensidad de la tristeza, que además no siempre aparece: en depresiones graves el paciente puede llegar a negarla.
3. No se refiere al momento de inicio de la depresión.
4. Tampoco a la historia evolutiva del paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6 (Trastornos depresivos), págs. 204-205.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 3

Respecto del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), señale la opción INCORRECTA:

1. El metilfenidato es un tratamiento recomendado en algunas de las más importantes guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica de referencia, como la guía NICE o la Guía de práctica clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2010).
2. La OMS no incluye el metilfenidato en la lista de medicamentos esenciales (WHO Model List of Essential Medicines: EML).
3. La OMS desaconseja el uso del metilfenidato para el tratamiento del TDAH. ✓
4. En general, la atomoxetina no ha mostrado unos mejores resultados que el metilfenidato en el tratamiento farmacológico del TDAH.

La OMS no incluyó el metilfenidato en su lista de medicamentos esenciales, pero no desaconseja su uso en el TDAH

El **metilfenidato** sigue siendo un tratamiento recomendado en las principales **guías de práctica clínica**; la del NICE (2018) lo propone como tratamiento farmacológico de primera línea para niños mayores de cinco años y adolescentes. En 2019 el Comité de Expertos de la **OMS** aconsejó **no incluirlo** en la lista de medicamentos esenciales (EML y EMLc) por las incertidumbres sobre sus beneficios y la calidad de la evidencia. Belloch aclara que no se retiró de las listas, porque nunca había estado, y que la guía mhGAP de la OMS de 2016 sigue vigente e incluye una recomendación para los niños con TDAH.

1. Es cierto: el metilfenidato es un tratamiento recomendado en las guías de práctica clínica más importantes.
2. Es cierto: la OMS decidió no incluirlo en la EML ni en la EMLc en su actualización de 2019.
3. Es la afirmación incorrecta: no incluirlo en la lista no equivale a desaconsejarlo.
4. Es cierto: los fármacos de elección son los estimulantes, seguidos de la atomoxetina, que en el metaanálisis de Prasad et al. (2013) no tuvo un efecto significativo sobre el rendimiento académico.

Ojo. El corpus no menciona la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad de 2010 que cita la opción 1; Belloch habla de las más importantes guías del mundo y de la del NICE.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16 (Trastorno por déficit de atención/hiperactividad), págs. 511-513. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, pág. 219.

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Belloch 2020 no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

174

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 3

Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas NO está incluida en la Terapia cognitiva de la depresión (Beck y cols.):

1. Programación de actividades gratificantes.
2. Inducción de autocompasión.
3. Acceder a la emoción adaptativa primaria. ✓
4. Detectar y modificar los “debería”.

Acceder a la emoción adaptativa primaria es un objetivo de la terapia centrada en las emociones de Greenberg

Díaz, Ruiz y Villalobos describen las técnicas de la **terapia cognitiva** de Beck. Entre las conductuales destaca la **programación de actividades**, una de sus estrategias más importantes. Entre las técnicas emotivas recoge la **inducción de autocompasión**, que se usa de forma excepcional con personas que no pueden llorar y necesitan hacerlo. Y para identificar creencias propone **detectar los «debería» y «tendría»**. Acceder a las **emociones primarias** que conectan con conductas adaptativas es, en cambio, el objetivo de la **terapia centrada en las emociones** de Greenberg.

1. La programación de actividades es una de las estrategias más importantes en terapia cognitiva.
2. La inducción de autocompasión es una de las técnicas emotivas que menciona Beck, aunque el manual aconseja usarla con precaución.
3. Pertenece a la terapia centrada en las emociones.
4. Detectar los «debería» y «tendría» es una estrategia para identificar creencias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8 (Terapia cognitiva), págs. 404, 406 y 413. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 32 (Terapia centrada en las emociones), pág. 517.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

175

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

La programación de actividades agradables es una estrategia que ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión. Indique, respecto de esta técnica, cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. Es una de las estrategias más importantes en la terapia cognitiva y debe aplicarse en pacientes graves al principio del tratamiento, para poder aplicar después las técnicas cognitivas.
2. Para el terapeuta cognitivo es un medio para poder conseguir las modificaciones de las cogniciones del paciente.
3. En el Curso de afrontamiento de la depresión (CAD; Lewinsohn y cols.) se añade a los programas de actividades agradables el entrenamiento en habilidades sociales, pero se considera que la terapia cognitiva en innecesaria. ✓
4. En terapia cognitiva sirve para poner a prueba la creencia de que los pacientes no pueden hacer nada.

El Curso de afrontamiento de la depresión incluye la modificación de cogniciones

El **Curso de afrontamiento de la depresión** (CAD) de Lewinsohn es un programa grupal y psicoeducativo de 12 sesiones. Sus contenidos son multimodales, pero el núcleo está en la **programación de actividades agradables**, el **entrenamiento en habilidades sociales**, la **modificación de cogniciones** (tomando, por ejemplo, estrategias de la terapia de Beck) y los «planes de la vida». En la terapia cognitiva, la programación de actividades es una de las estrategias más importantes, un **medio** para conseguir la modificación de las cogniciones y una forma de **poner a prueba la creencia** de que el paciente no puede hacer nada.

1. Es cierto: es una de las estrategias más importantes, y cuando falta un mínimo de funcionamiento conductual se instaura antes de aplicar las técnicas cognitivas.
2. Es cierto: para el terapeuta cognitivo las técnicas conductuales son un medio para modificar las cogniciones.
3. Es la afirmación incorrecta: el CAD incluye la modificación de cogniciones.
4. Es cierto: la programación de actividades sirve para poner a prueba la creencia de que los pacientes no pueden hacer nada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5, apdo. 3.1 (edición digital sin paginación impresa). Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8 (Terapia cognitiva), págs. 403-404.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

176

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

¿Cuáles de los siguientes principios activos corresponde a un antidepresivo ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Norepirefina)?:

1 Cloracepato.

2 Paroxetina.

3 Venlafaxina. ✓

4 Sertralina.

La venlafaxina es un IRSN; la paroxetina y la sertralina son ISRS, y el cloracepato, una benzodiacepina

Los **IRSN** combinan la sólida inhibición del transportador de serotonina de los ISRS con distintos grados de inhibición del **transportador de noradrenalina**. La **venlafaxina** inhibe ambos transportadores y combina así dos mecanismos terapéuticos en un agente; según la dosis, predomina la inhibición de la recaptación de serotonina, presente incluso a dosis bajas. El cuadro de grupos farmacológicos de Penadés sitúa entre los IRSN a la venlafaxina, la desvenlafaxina y la duloxetina; entre los **ISRS**, a la paroxetina y la sertralina, y el **cloracepato** entre las **benzodiacepinas**.

1 El cloracepato figura entre las benzodiacepinas.

2 La paroxetina es un ISRS.

3 Es un IRSN.

4 La sertralina también es un ISRS.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7 (Tratamientos para los trastornos del humor), págs. 294-295 y 298-299. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 29 (Tratamientos farmacológicos), cuadro 29.3, pág. 715.

EN EL ATLAS

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

177 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L10 · Estadística descriptiva de una variable

Respuesta correcta: 2

En un gráfico de caja (Box-Plot) se considera que un valor es atípico (outlier) cuando está a más de:

1 1,5 desviaciones típicas por encima o por debajo de la media.

2 1,5 amplitudes intercuartílicas de la parte superior o inferior de la caja. ✓

3 1,5 desviaciones típicas de la parte superior o inferior de la caja.

4 1,5 amplitudes intercuartílicas por encima o por debajo de la media.

En el diagrama de caja es atípico el valor que se aleja más de 1,5 amplitudes intercuartiles de la caja

El **diagrama de caja y bigotes**, propuesto por Tukey (1977), sirve para estudiar la asimetría de una variable y detectar **valores atípicos**. La caja tiene la altura de la **amplitud intercuartil** (Q3 − Q1) y una línea marca la mediana. Los límites que determinan si un valor es atípico se calculan **multiplicando la amplitud intercuartil por 1,5** y restando el resultado al primer cuartil (límite inferior) o sumándolo al tercer cuartil (límite superior). Es decir, es atípico el valor que está a más de 1,5 amplitudes intercuartiles por debajo o por encima de la caja.

1 El criterio no usa la desviación típica ni la media.

2 Es el criterio de los valores atípicos.

3 La referencia es la caja, pero la distancia se mide en amplitudes intercuartiles.

4 La distancia se mide desde los cuartiles que limitan la caja.

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

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

178 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 1

Es típico de la adolescencia que los chicos y chicas se vean a sí mismos como especiales y diferentes a todos, con experiencias e ideas únicas que los demás no tienen. A este tipo de pensamiento se le denomina:

1. Fábula personal. ✓
2. Mito de la invencibilidad.
3. Audiencia imaginaria.
4. Fantasía de exclusividad.

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

Elkind (1967) identificó dos fenómenos propios del pensamiento adolescente. La **audiencia imaginaria** es la creencia de que todo el mundo está pendiente de lo que uno hace o piensa. La **fábula personal** es la creencia de que las experiencias y preocupaciones propias son **absolutamente únicas**, sin que nadie haya tenido pensamientos o sentimientos similares. Son fenómenos antagónicos: expresan, respectivamente, una falta y un exceso de diferenciación entre lo que uno piensa y lo que piensan los demás. Papalia y Martorell añaden que la fábula personal incluye la convicción de no estar sometido a las reglas que gobiernan al resto del mundo.

1. Es la fábula personal.
2. El corpus no recoge un «mito de la invencibilidad»; la sensación de no estar sujeto a las reglas que gobiernan al resto del mundo forma parte de la fábula personal.
3. La audiencia imaginaria es la creencia de que todo el mundo está pendiente de uno, el fenómeno opuesto.
4. La «fantasía de exclusividad» no es un término de Elkind.

Para fijarlo. Audiencia imaginaria, todos me miran; fábula personal, nadie me entiende porque soy único.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 11, apdo. 5.1 (sin paginación impresa). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 339-340. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 493.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 4

179 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes fármacos se ha mostrado más efectivo para el tratamiento de síntomas positivos resistentes a otros antipsicóticos mostrando, además, un potencial efecto antisuicida:

1 Asenapina.

2 Flufenazina.

3 Clozapina. ✓

4 Clotiapina.

La clozapina es el antipsicótico de los casos resistentes y el único que reduce el riesgo de suicidio

Stahl describe la **clozapina** como ampliamente reconocida por su eficacia **cuando otros fármacos para la psicosis fallan**, de modo que es el «patrón oro» en cuanto a eficacia en la esquizofrenia. Es además **el único antipsicótico que se ha documentado que reduce el riesgo de suicidio** en la esquizofrenia. Penadés añade que, aunque requiere seguimiento analítico por el riesgo de déficit severo de leucocitos, es la **opción en pacientes resistentes al tratamiento**, recomendada cuando se han usado sin respuesta satisfactoria dos antipsicóticos y al menos uno era atípico.

1 La asenapina es un antipsicótico atípico, pero no se le atribuye eficacia especial en la resistencia ni efecto antisuicida.

2 La flufenacina es un antipsicótico típico.

3 Es la clozapina.

4 La clotiapina también figura entre los antipsicóticos típicos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5 (Actuación para la psicosis), págs. 222-223. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 29 (Tratamientos farmacológicos), págs. 705 y 715.

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

180

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Respecto de las psicosis, y por lo que se refiere a las dimensiones negativa y afectiva, señale la opción correcta:

1. Cuanto más graves son los síntomas negativos, menos probable es que se aprecien síntomas depresivos destacados. ✓
2. El DSM 5 no considera la anhedonia como un síntoma negativo.
3. No parece existir relación entre un autoconcepto negativo y, en general, afectividad negativa con síntomas positivos, y más en particular con los delirios persecutorios.
4. No parece existir una importante asociación entre los síntomas depresivos y los desorganizados.

Cuanto más graves son los síntomas negativos, menos probable es apreciar síntomas depresivos destacados

Belloch y colaboradores analizan el solapamiento entre las dimensiones **afectiva** y **negativa** de las psicosis. Los **síntomas depresivos empeoran los negativos** (los llamados síntomas negativos secundarios), pero no sucede al revés, de modo que **cuanto más graves son los síntomas negativos, menos probable es que se aprecien síntomas depresivos destacados** (Edwards et al., 2019). Añaden que un **autoconcepto negativo** y la afectividad negativa se relacionan con los delirios persecutorios, y que los síntomas depresivos también se relacionan con la dimensión desorganizada. El DSM-5 incluye la **anhedonia** entre los síntomas negativos.

1. Es la conclusión de Edwards et al. que recoge el manual.
2. El DSM-5 cita la anhedonia entre los síntomas negativos, junto a la alogia y la asocialidad.
3. Belloch describe esa relación: el autoconcepto negativo y la afectividad negativa se asocian a los delirios persecutorios.
4. El manual señala que la relación de los síntomas depresivos con la dimensión desorganizada también es importante, incluido el comportamiento catatónico.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene la anhedonia como síntoma negativo, pero cambia su definición: los individuos con esquizofrenia siguen pudiendo disfrutar de las actividades placenteras en el momento y recordarlas, aunque las realizan con menos frecuencia (pág. 103). El DSM-5 la definía como disminución de la capacidad de experimentar placer o degradación del recuerdo del placer (pág. 88).

Trampa. Tres opciones están redactadas en negativo («no considera», «no parece existir») y las tres niegan relaciones que el manual afirma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 354. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Espectro de la esquizofrenia, síntomas negativos, pág. 88.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 70

181

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares | Anulada

Anulada

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos del espectro bipolar es correcta:

1. Las tasas de prevalencia de los intentos de suicidio a lo largo de la vida parecen ser similares en el trastorno bipolar tipo I y II.
2. La edad de inicio más frecuente es la primera década de la vida.
3. Respecto de la comorbilidad de los trastornos del espectro bipolar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más comórbido que los trastornos por abuso de sustancias.
4. En los pacientes en que predominan los episodios depresivos frente a los maniacos la probabilidad de intentos de suicidio es más alta.

La pregunta sobre el espectro bipolar se anuló porque tenía dos opciones correctas

El Ministerio **anuló** la pregunta. Dos opciones se sostienen con los manuales. El DSM-5 dice que las tasas de prevalencia del **intento de suicidio** a lo largo de la vida en el **bipolar II y el I** parecen **similares** (32,4 % y 36,3 %). Belloch señala que la variable más asociada a los intentos de suicidio es la **polaridad depresiva**, es decir, que predominen las recaídas depresivas sobre las maníacas. Las otras dos son falsas, porque la edad de inicio más frecuente es el principio de la segunda década y en la comorbilidad el **abuso de sustancias** (60 %) supera al TDAH (31 %).

1. Es cierta según el DSM-5, que da tasas de intento de suicidio del 32,4 % en el bipolar II y del 36,3 % en el I.
2. Belloch sitúa la edad de inicio más frecuente al principio de la segunda década de la vida, y el DSM-5 da una edad media de unos 18 años para el bipolar I y de mitad de la veintena para el II.
3. En la tabla de comorbilidad de Belloch el abuso de sustancias (60 % frente al 15 % de la población general) supera al TDAH (31 % frente al 8 %).
4. También es cierta: la polaridad depresiva es la variable que Belloch más asocia a los intentos de suicidio.

Ojo. No consta la clave provisional. El DSM-5-TR mantiene que el riesgo de intento de suicidio es similar en el bipolar I y el II, aunque sin las cifras (pág. 157), y cambia la edad de inicio del bipolar I, con un máximo entre los 20 y los 30 años y una media de 22 años en Estados Unidos (pág. 146).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 237-238. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, pág. 130; trastorno bipolar II, págs. 136 y 138.

EN EL ATLAS

Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 136, PIR 2024 · n.º 136, PIR 2021 · n.º 100

182

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness · Anulada

Anulada

Respecto a la Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (Segal, Williams y Teasdale) señale la respuesta correcta:

1. Se trata de un programa de tratamiento grupal para episodios depresivos de 8 sesiones que aplica la terapia cognitiva estándar (Beck) a la que añade entrenamiento de mindfulness.
2. Se trata de un tratamiento de tercera generación basado en mindfulness, en modalidad individual o grupal de 12 sesiones (cada una con un contenido detallado) para tratar episodios depresivos.
3. Se trata fundamentalmente de un tratamiento grupal de 8 horas semanales (cada una con un contenido detallado) que tiene como objetivo evitar la recaída en personas que han sufrido depresión.
4. Se trata de una variante de la Terapia de aceptación y compromiso (Hayes y cols.) para el tratamiento de la depresión en la que se pone especial énfasis en las técnicas de defusión cognitiva y entrenamiento en mindfulness.

Ninguna opción describe con exactitud la MBCT, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. La **terapia cognitiva basada en mindfulness** para la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002) surge de la necesidad de responder a la alta prevalencia de las **recaídas**. Inicialmente se aplicaba a **grupos** de hasta 12 pacientes depresivos recuperados en **sesiones de dos horas durante ocho semanas**, seguidas de cuatro sesiones de refuerzo en un año; después los grupos pasaron a 15 personas y las sesiones a 2,5 horas. Las técnicas cognitivas que emplea no se dirigen a cambiar pensamientos distorsionados, sino a comprender su influencia en los cambios del estado de ánimo. Ninguna de las opciones recoge estos rasgos sin algún error.

1. La MBCT no se dirige a tratar episodios depresivos aplicando la terapia cognitiva estándar, sino a prevenir recaídas en pacientes recuperados.
2. No es un formato individual o grupal de 12 sesiones para episodios depresivos; se aplica en grupo durante ocho semanas.
3. Es grupal y busca evitar la recaída, pero el manual habla de sesiones de dos horas durante ocho semanas, y la opción dice «8 horas semanales».
4. El manual no la presenta como una variante de la terapia de aceptación y compromiso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10 (Mindfulness), págs. 526-528 y 530.

EN EL ATLAS

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

183

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

Dentro de la observación sistemática, ¿qué cabe afirmar respecto del registro sistematizado denominado “listado de rasgos”?:

1 Se compone de un listado de conductas que pertenecen a distintas dimensiones.

2 Constituye la base para la construcción de instrumentos ad hoc de observación. ✓

3 Los catálogos son listas cerradas y exhaustivas.

4 Se utiliza en la etapa de observación pasiva o precientífica.

Las listas de rasgos son la base para construir instrumentos de observación ad hoc

Dentro del **registro sistematizado**, Moreno Rosset distingue el registro codificado y la **lista de rasgos** (o registro observacional de conductas), que **constituye la base para la construcción de instrumentos ad hoc de observación**. Se compone de un listado de conductas que pertenecen **a una misma dimensión** y son mutuamente excluyentes. Hay dos tipos: los **catálogos**, listas siempre abiertas que sirven para construir formatos de campo, y los **repertorios**, que tienen una presunción de exhaustividad y sirven para construir sistemas de categorías. Fernández-Ballesteros llama también listas de rasgos a los protocolos observacionales de conducta.

1 Las conductas de una lista de rasgos pertenecen a una misma dimensión.

2 Es la función de las listas de rasgos.

3 Los catálogos son listas siempre abiertas; la presunción de exhaustividad corresponde a los repertorios.

4 En la etapa de observación pasiva o precientífica se usa el registro narrativo.

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. 7 (Observación sistemática), págs. 260-263. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 203.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 21

184

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 3

¿Qué afirmación es correcta con respecto a la evaluación psicofisiológica de la esquizofrenia?:

1. En estudios longitudinales se observa que a mayor presencia sintomatológica, mayor es la amplitud de la onda P-300.
2. La responsividad electrodérmica presenta una mayor asociación con síntomas positivos que con negativos.
3. Los movimientos lentos de seguimiento del ojo muestran una anómala alta frecuencia de movimientos rápidos. ✓
4. La modulación emocional del reflejo de sobresalto es normal cuando se visualizan estímulos de contenido agradable o neutro.

En la esquizofrenia el seguimiento ocular lento muestra una frecuencia anómala de movimientos rápidos

Entre los marcadores psicofisiológicos más importantes de la esquizofrenia están los movimientos oculares, los potenciales evocados y la actividad electrodérmica. Los **movimientos lentos de seguimiento del ojo** muestran irregularidades, con una **anómala alta frecuencia de movimientos rápidos**, que revela problemas de control inhibitorio; aparece en el 50-80 % de los pacientes y en torno al 45 % de sus familiares de primer grado. La **onda P300** tiene una amplitud reducida, y cuanta más sintomatología, **menor amplitud**. La **no responsividad electrodérmica** se asocia sobre todo con los **síntomas negativos**.

1. En los estudios longitudinales, cuanta más sintomatología presenta el paciente, menor es la amplitud de la P300.
2. La asociación más importante es la de los síntomas negativos con la no responsividad electrodérmica.
3. Es el hallazgo del seguimiento ocular.
4. El apartado sobre la esquizofrenia no recoge datos sobre la modulación emocional del reflejo de sobresalto.

Ojo. Al describir la modulación emocional del reflejo de sobresalto, el mismo capítulo (pág. 295) dice que este efecto se ha encontrado en adultos sanos y en distintas patologías, entre ellas la esquizofrenia. Esa frase da apoyo a la opción 4, aunque el apartado de la esquizofrenia no la trata y la clave se sostiene con la pág. 303.

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 (Técnicas objetivas. Evaluación psicofisiológica), págs. 294-295 y 303-304.

EN EL ATLAS: Tema E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

185 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones

Respuesta correcta: 3

En adictos, la pérdida de control sobre la conducta y el uso compulsivo de drogas de abuso se explicaría, en parte, por neuroadaptaciones que llevan a:

1. Hipofunción estriatal y reducción de la actividad del eje hipotálamo-hipofisiario-corticoadrenal.
2. Hiperfunción frontal e incremento de la señal glutamatérgica en los circuitos prefrontales.
3. Hipofunción frontal y sensibilización de la actividad del sistema mesocorticolímbico dopaminérgico. ✓
4. Hiperfunción de los núcleos supraquiasmáticos y decremento de la síntesis de melatonina.

La pérdida de control en la adicción se relaciona con una menor actividad prefrontal y un circuito mesolímbico que sobrevalora la droga

Carlson relaciona la **corteza prefrontal** con el juicio, la asunción de riesgos y el control de conductas inapropiadas, y recoge que algunas de sus regiones tienen conexiones inhibidoras con el estriado. En grandes fumadores y ludópatas se ha descrito una **pérdida del control conductual** causada por una **menor activación de la corteza prefrontal dorsomedial**, y en consumidores crónicos, menos sustancia gris prefrontal. Redolar sitúa la saliencia incentiva en una vía ventral **modulada por el circuito mesolímbico** y señala que el consumo es especialmente prevalente cuando la función prefrontal está reducida por el estrés. Las personas adictas sobrevaloran la droga por encima de cualquier reforzador natural.

1. Las sustancias de abuso activan el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y liberan ACTH y glucocorticoides; no se describe una reducción de su actividad.
2. Carlson describe una menor activación prefrontal en las personas con adicción.
3. Es la combinación de hipofunción frontal y alteración del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico.
4. Las páginas sobre la adicción no relacionan los núcleos supraquiasmáticos ni la melatonina con la pérdida de control.

Ojo. El término «sensibilización» del sistema mesocorticolímbico no aparece de forma literal en las páginas del corpus; Redolar remite ese contenido a su material web complementario. La clave se sostiene con la hipofunción prefrontal de Carlson y con el papel del circuito mesolímbico en la saliencia incentiva de Redolar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 18 (Abuso de sustancias), págs. 588-589. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 21 (Sistemas de refuerzo en el cerebro), págs. 559-560.

EN EL ATLAS

Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Carlson (Base).

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	50, 89
A5	Percepción e Imaginación	48, 66, 68, 78
A6	Memoria	65, 67
A7	Pensamiento	75, 80, 88
B1	La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental	132, 144, 151
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	79, 90, 95
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	77, 82, 93
B5	Trastornos del sueño-vigilia	57, 58, 91, 92, 94
B6	Adicciones a sustancias	63, 64, 76
B11	Trastornos de ansiedad	49, 72, 86, 87
B14	TOC y trastornos relacionados	73, 74
B15	Trastornos depresivos	46, 70, 71, 83, 172
B16	Trastornos bipolares	181
B17	Trastornos disociativos	96, 97, 98
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	47, 69, 81, 84, 85, 180
B20	Trastornos de la personalidad	60, 61, 62
B22	Trastornos neurocognitivos	51, 52, 53, 54, 55, 56
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	123
B26	Discapacidad intelectual	36
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	45
B28	Trastorno del espectro del autismo	44
B30	Trastornos del lenguaje	43
B32	Trastornos del vínculo	34, 35
C3	Tratamientos transdiagnósticos	169
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	165, 166
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	161, 162
C6	Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia	59
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	148, 170
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	38, 140, 141, 167, 168
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	139
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	175
C16	Tratamientos de los trastornos disociativos	134, 163
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	164
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	133, 135, 136, 146, 158, 159, 160

C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	153, 154, 156
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	37
C27	Tratamientos del TDAH	173
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	40
D10	Dolor crónico y fibromialgia	32, 33
E2	El proceso de evaluación psicológica	122
E4	La entrevista	109, 115, 125
E5	La observación sistemática	110, 121, 127, 183
E6	Los autoinformes	119, 129
E7	Las técnicas subjetivas	108, 114, 116
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	128, 184
E9	Las técnicas proyectivas	124
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	103, 106, 112, 117, 120, 131
E11	Evaluación de la personalidad	111
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	143
F12	Técnicas operantes	41, 42, 138, 142
F13	Técnicas de exposición y desensibilización sistemática	152
F14	Técnicas de relajación y respiración	147
F16	Técnicas de afrontamiento y solución de problemas	149
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	145, 174
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	150
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	182
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	137
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	155
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	157
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	107, 118
H7	Herencia y ambiente	99, 105
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	102, 104, 113
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	16
I2	Atención	11, 13
I5	Condicionamiento instrumental	14, 101
I8	Lenguaje	10
I9	Motivación	9
J1	Teorías del desarrollo	20
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	21
J9	Adolescencia	178
J10	Adultez y vejez	22, 23

K1	Métodos y técnicas de investigación	31
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	24
K6	Sistemas sensoriales	26
K12	Emoción y cognición social	27, 39
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	12, 25
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	28, 30
K17	Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones	185
K18	Psicofarmacología	29, 171, 176, 179
L1	El método científico y las estrategias de investigación	4
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	1, 5
L10	Estadística descriptiva de una variable	177
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	2, 6, 8
L17	Comparación de grupos en diseños factoriales (ANOVA de dos factores)	3
L21	Validez de los tests	126
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	100
L23	Teoría de respuesta al ítem	7, 130
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	15
M4	Influencia social y persuasión	19
M6	Procesos de grupo	17
M7	Estereotipos y prejuicio	18