ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2021

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 2021. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 4

¿Qué mecanismos o sustancias visuales diferentes propuso Ewald Hering en su propuesta original de la teoría de los procesos oponentes para la percepción de los colores?:

1 Los mecanismos brillo, contraste e intensidad.

2 Los mecanismos de longitud y amplitud de onda.

3 Los mecanismos sinápticos excitatorios, inhibitorios y oponentes.

4 Los mecanismos blanco-negro, rojo-verde y amarillo-azul. ✓

Hering organizó la visión del color en tres pares de colores oponentes

Hering, siguiendo a Mach, defendió seis colores fundamentales relacionados en tres pares: **amarillo-azul, rojo-verde y blanco-negro**. Su teoría de los receptores postulaba **tres sistemas retinianos**, el mismo número que la teoría tricromática, pero cada receptor se dedicaba preferentemente a un par de **colores oponentes**. Hering supuso **tres sustancias visuales** en la retina, cada una capaz de cambiar químicamente en dos direcciones antagónicas, la **asimilación** (azul, verde y negro) y la **desasimilación** (amarillo, rojo y blanco). Goldstein y Cacciamani lo resumen igual: dos pares cromáticos, amarillo-azul y rojo-verde, a los que Hering añadió el negro y el blanco como par acromático.

1 Ninguno de los dos manuales atribuye a Hering mecanismos de brillo, contraste o intensidad. Sus tres sistemas se definen por pares de colores.

2 La longitud de onda es el eje de la teoría tricromática: según Helmholtz, cada receptor respondía preferentemente a las ondas cortas, a las medias o a las largas.

3 Mezcla dos ideas distintas. Para Hering la respuesta de cada receptor era bifásica (excitatoria e inhibitoria), pero sus tres mecanismos eran los pares de colores; las neuronas oponentes que se excitan con una parte del espectro y se inhiben con otra se registraron mucho después (DeValois, 1960).

4 Son los tres pares que Hering asoció a sus tres sustancias visuales.

Trampa. La opción 3 suena fisiológica y moderna. La propuesta original de Hering era fenomenológica y química; en su época no se conocía ningún mecanismo neural que respondiera de maneras opuestas.

Para fijarlo. Cada una de las tres sustancias de Hering cambia en dos sentidos, y así salen seis colores agrupados en tres parejas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 2, págs. 73 y 78. Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 259-261.

EN EL ATLAS

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

2

PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

¿En qué consiste el problema de la Torre de Hanoi, utilizada en el campo de investigación de la resolución de problemas y la planificación?:

1. En tres pivotes con discos del mismo tamaño que deben apilarse para formar “torres” de la misma altura con algunas restricciones.
2. En tres pilas de discos de diferente tamaño que deben reorganizarse en “torres” que solo contengan discos del mismo tamaño con algunas restricciones.
3. En tres pivotes con discos de diferente tamaño que deben trasladarse del pivote inicial al pivote final con algunas restricciones. ✓
4. En tres pivotes de discos del mismo tamaño que deben apilarse para formar “torres” de altura diferente con algunas restricciones.

La Torre de Hanói pide trasladar discos de distinto tamaño de un pivote a otro respetando dos restricciones

González Labra presenta la **Torre de Hanói** como ejemplo de **problema de transformación**, que se resuelve aplicando operaciones al estado inicial hasta alcanzar el estado meta. Hay **tres pivotes** y, en el primero, tres discos colocados de menor a mayor tamaño de arriba abajo. La tarea consiste en **pasar los discos del primer pivote al tercero** para que queden en la misma disposición, con dos **restricciones**: no mover más de un disco a la vez y no colocar un disco de mayor tamaño encima de otro menor. El capítulo de neurociencia del pensamiento usa la misma tarea para estudiar la planificación en pacientes con lesión prefrontal.

1. Los discos son de tamaños diferentes, y de esa diferencia depende la restricción de no colocar uno mayor sobre otro menor. Tampoco hay que formar torres de la misma altura.
2. No se parte de tres pilas que haya que reordenar por tamaños. Los discos empiezan ordenados en un único pivote y la meta es llevarlos al tercero con la misma disposición.
3. Es la descripción del manual: tres pivotes, discos de distinto tamaño y traslado del pivote inicial al final respetando las restricciones.
4. Repite el error de la opción 1 con discos iguales y añade una meta de torres de distinta altura que el manual no recoge.

Trampa. Las cuatro opciones conservan la coletilla «con algunas restricciones» y cambian solo dos detalles del montaje, el tamaño de los discos y la meta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 8, pág. 228; cap. 9, pág. 259.

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

3 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son los componentes del modelo triangular del amor de Sternberg (1988)?:

1 Sexualidad, apego y fidelidad.

2 Pasión, apego y compromiso.

3 Sexualidad, apego e intimidad.

4 Intimidad, pasión y compromiso. ✓

El amor de Sternberg combina intimidad, pasión y compromiso

Papalia y Martorell recogen la **teoría triangular del amor** de Sternberg al tratar las relaciones íntimas de la adultez emergente. Sus tres componentes son **intimidad, pasión y compromiso**. La **intimidad** es el elemento emocional: sincerarse, lo que lleva a la conexión, la calidez y la confianza. La **pasión** es el elemento motivacional y traduce la activación fisiológica en deseo sexual. El **compromiso** es el elemento cognoscitivo, la decisión de amar y permanecer con el ser amado. El grado en que está presente cada uno determina el tipo de amor que siente una persona (tabla 14.2).

1 Sexualidad, apego y fidelidad no figuran entre los componentes. El deseo sexual forma parte de la pasión, y la decisión de permanecer con la pareja, del compromiso.

2 Acierta en la pasión y el compromiso, pero sustituye la intimidad por el apego, que no es uno de los tres elementos del modelo.

3 Solo acierta en la intimidad. La sexualidad queda dentro de la pasión y el apego no forma parte del triángulo.

4 Son los tres componentes de la teoría triangular: intimidad (emocional), pasión (motivacional) y compromiso (cognoscitivo).

Ojo. La Base del tema de relaciones interpersonales (Gaviria, López y Cuadrado, 2019) no recoge la teoría triangular. En el Atlas se estudia con Papalia y Martorell, en el capítulo de desarrollo psicosocial de la adultez emergente.

Para fijarlo. La intimidad pone la emoción, la pasión pone la motivación y el compromiso pone la decisión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 421 y tabla 14.2.

EN EL ATLAS: Tema J10 · Adultez y vejez. Se estudia con Papalia y Martorell (Ampliación).

4

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 1

En un programa de reforzamiento positivo de intervalo fijo de cuatro minutos, ¿cuándo se le dispensa el reforzador al sujeto del experimento?:

1. La primera vez que el sujeto emita la respuesta operante después de haber transcurrido cuatro minutos desde que se dispensó el último reforzador. ✓
2. Cada cuatro minutos con independencia de si el sujeto realiza la respuesta operante antes o después de transcurrido ese intervalo.
3. Cuatro minutos después de que el reforzador esté disponible.
4. Cuando el sujeto emite la respuesta operante tras cuatro minutos desde la presentación del estímulo discriminativo.

En el intervalo fijo se refuerza la primera respuesta emitida una vez cumplido el plazo

En un programa de **intervalo fijo** la respuesta se refuerza solo si ocurre después de que haya transcurrido una cantidad fija de tiempo desde un punto de referencia. Domjan lo ilustra con un **IF de cuatro minutos**: la paloma recibe la comida por el **primer picoteo** emitido cuando han pasado cuatro minutos desde la **última entrega de comida** (o desde el inicio del ciclo del programa). Los picoteos anteriores nunca se refuerzan. El manual insiste en que el intervalo solo determina **cuándo estará disponible** el reforzador y no cuándo se entrega, porque el sujeto todavía tiene que dar la respuesta instrumental.

1. Coincide con el ejemplo del manual: el primer picoteo tras cuatro minutos desde la última entrega de comida.
2. Domjan advierte que las palomas en un IF de cuatro minutos no obtienen el grano automáticamente cada cuatro minutos. Entregar comida cada cierto tiempo sin importar lo que haga el animal es lo que hizo Skinner en su experimento de superstición.
3. Una vez que el reforzador está disponible basta con que el sujeto responda; el programa no añade una segunda espera de cuatro minutos.
4. El punto de referencia del intervalo es la última entrega del reforzador o el inicio del ciclo del programa. La presentación de un estímulo discriminativo no interviene en la definición.

> **Para fijarlo.** Es la lavadora de Domjan: abrirla antes de que acabe el ciclo no da ropa limpia, y cuando termina todavía hay que abrirla para sacarla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 192-193; cap. 5, pág. 171.

EN EL ATLAS

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

5 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

En el campo de la psicología de la memoria, ¿en qué consiste el fenómeno del olvido inducido por la recuperación?:

1 La recuperación selectiva de recuerdos episódicos produce el olvido de otra información relacionada o asociada a las mismas claves de recuperación. ✓

2 La recuperación repetida de información debilita la integridad original del trazo de memoria.

3 La dificultad de recordar una información en un momento concreto aumenta la probabilidad de olvido futuro de esa información.

4 La recuperación de información del pasado remoto induce el olvido de información reciente.

Recuperar un recuerdo perjudica el recuerdo posterior de sus competidores

Baddeley, Eysenck y Anderson describen el **olvido inducido por la recuperación** (Anderson et al., 1994) como un efecto irónico de recordar. Recuperar un elemento no perjudica el recuerdo de la experiencia recuperada; lo que se resiente es el recuerdo de **otros elementos relacionados** con el ítem recuperado. Se estudia con el **paradigma de práctica en la recuperación**: tras practicar «naranja» de la categoría «fruta», el recuerdo de «plátano», de la misma categoría y no practicado, cae por debajo de la línea base. Entre las explicaciones que discute el manual figuran el bloqueo asociativo y la **inhibición** de los competidores.

1 Es la definición del manual: la recuperación de un objetivo perjudica el recuerdo posterior de otros elementos relacionados con él, como «plátano» tras practicar «naranja».

2 El manual subraya que recordar no perjudica la memoria de lo recuperado. En el estudio de Macrae y MacLeod, los elementos practicados se recordaron mejor (70 %) que los de la línea base (38 %).

3 Plantea una relación entre un fallo de recuperación y el olvido futuro de la misma información que el manual no incluye en este fenómeno. El olvido inducido recae sobre lo no practicado que compite con lo recuperado.

4 Lo que decide qué se olvida es compartir la clave de recuperación con el elemento practicado. El manual no habla de un efecto del pasado remoto sobre la información reciente.

Para fijarlo. Al practicar «naranja», «plátano» queda enterrado porque los dos compiten por la misma clave, «fruta».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 293-295.

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

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 4

¿En qué consiste el procedimiento de devaluación del reforzador en el contexto del condicionamiento instrumental u operante?:

1 En disminuir progresivamente la cantidad de reforzador dispensado.

2 En reducir el número de respuestas operantes que se exigen para obtener el reforzador.

3 En aumentar la demora temporal entre la respuesta operante y la aparición del reforzador.

4 En asociar el reforzador con un estímulo o evento de naturaleza contraria. ✓

Devaluar un reforzador consiste en emparejarlo con un estímulo de naturaleza contraria

Pellón define la **devaluación del reforzador** como el procedimiento de **asociar al reforzador** que se está utilizando un estímulo o evento de **naturaleza contraria**; en experimentos con animales, por ejemplo, emparejar la comida con cloruro de litio. El resultado es una **disminución de la respuesta operante** que se había reforzado con ese reforzador, aunque la respuesta nunca haya sido contingente al estímulo aversivo. Domjan lo ilustra con Colwill y Rescorla (1986): tras condicionar aversión a uno de los dos reforzadores, las ratas emitían menos la respuesta que lo producía, lo que muestra que aprenden **asociaciones respuesta-consecuencia**.

1 Reducir la cantidad de reforzador cambia su magnitud, pero no lo empareja con nada aversivo, que es lo que define la devaluación.

2 Reducir las respuestas exigidas modifica el requisito del programa de reforzamiento y deja intacto el valor del reforzador.

3 Alargar el intervalo entre la respuesta y el reforzador remite a la demora del reforzamiento, que Pellón trata en otro apartado del mismo tema junto al procedimiento de marcado.

4 Es la definición de Pellón: asociar al reforzador un estímulo o evento de naturaleza contraria.

> **Para fijarlo.** Si la comida se empareja con malestar, la palanca que la daba deja de pulsarse aunque nunca se haya castigado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 4, págs. 200-201 y 203-204. Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 7, págs. 233-234.

EN EL ATLAS

Tema I5 · Condicionamiento instrumental. Se estudia con Pellón (Ampliación) y Domjan (Base).

7 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

La falacia del razonamiento denominada “falacia del jugador”, la cual es cometida por muchos jugadores de casino, por la que piensan que el azar es un proceso que se corrige a sí mismo y que, además, conlleva la confusión en la utilización de la ley de los grandes números, es un error del pensamiento producido por:

1 El heurístico de accesibilidad.

2 El heurístico de anclaje y ajuste.

3 El heurístico de representatividad. ✓

4 El heurístico del prototipo.

La falacia del jugador nace del heurístico de representatividad

González Labra explica la **falacia del jugador** como consecuencia del **heurístico de representatividad**, a través del sesgo de **insensibilidad al tamaño de la muestra**. Esperamos que las **muestras pequeñas** de un proceso aleatorio representen el proceso como si tuviera un elevado número de ensayos. Tras una racha de rojos en la ruleta, la mayoría espera que salga negro, porque una secuencia con negro le parece más representativa del azar que un rojo más. El manual llama a esta expectativa intuición de representatividad «local», y la relaciona con la creencia en la «ley de los números pequeños».

1. El heurístico de accesibilidad se aplica al estimar la frecuencia o la probabilidad de algo por la facilidad con que los ejemplos vienen a la mente.
2. El anclaje y ajuste opera al estimar cantidades inciertas a partir de un valor inicial que se ajusta hasta la respuesta final.
3. El manual atribuye la falacia del jugador a la representatividad, en concreto a la insensibilidad al tamaño de la muestra.
4. En los heurísticos del prototipo, la categoría se sustituye por su ejemplar prototípico y el atributo evaluado, por una propiedad del prototipo. El manual no los relaciona con la falacia del jugador.

Para fijarlo. La ruleta no tiene memoria, pero quien juega espera que una racha corta se parezca al azar a la larga.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 143 y 153.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 149

8 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 3

El diencéfalo:

1 Está formado por los cuerpos celulares que rodean la sustancia gris periacueductal.

2 Tiene dos conjuntos de núcleos bilateralmente simétricos: los colículos superiores y los colículos inferiores.

3 Está conformado por el tálamo, hipotálamo, epitálamo y subtálamo. ✓

4 Tiene como función principal el control de la respiración y el funcionamiento del sistema cardiovascular.

El diencéfalo agrupa el tálamo, el hipotálamo, el epitálamo y el subtálamo

El **diencéfalo** ocupa la parte central del encéfalo anterior, por debajo de los ventrículos laterales y alrededor del tercer ventrículo. Redolar lo describe como una gran masa nuclear central, el **tálamo**, con el **epitálamo** (estría medular, glándula pineal y habénula) en posición posterior, el **subtálamo**, caudal y ventral, y el **hipotálamo**, anterior y ventral. Del Abril lo organiza del mismo modo, en una zona ventral (hipotálamo y subtálamo) y una zona dorsal (tálamo y epitálamo). Las demás opciones describen estructuras del mesencéfalo y del bulbo raquídeo.

1 La sustancia gris periacueductal, formada por los cuerpos celulares que rodean al acueducto cerebral, pertenece al mesencéfalo. Interviene en conductas típicas de la especie y en la modulación del dolor.

2 Los colículos superiores (que reciben proyecciones de la retina) y los inferiores (del oído) son los núcleos bilateralmente simétricos del techo o tectum del mesencéfalo.

3 Son las cuatro divisiones que Redolar y Del Abril atribuyen al diencéfalo.

4 El control de la respiración y del funcionamiento cardiovascular corresponde a los núcleos del bulbo raquídeo, en el encéfalo posterior.

Trampa. Los tres distractores copian frases de Kolb y Whishaw sobre estructuras vecinas del tronco del encéfalo, el mesencéfalo y el bulbo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 222-223. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 3, pág. 78. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 3, págs. 71-72.

EN EL ATLAS

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

9 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes técnicas de registro de la actividad cerebral cuenta con peor resolución temporal?:

1 Electroencefalografía (EEG).

2 Magnetoencefalografía (MEG).

3 Registros intracraneales (iEEG).

4 Resonancia magnética funcional (RMf). ✓

La RMf es la técnica con peor resolución temporal de las cuatro

La **resolución temporal** indica con qué precisión una técnica sigue en el tiempo la actividad cerebral. En la figura 4-1 de Redolar, que ordena los métodos según su resolución espacial y temporal, el **EEG** y los potenciales evocados, la **MEG**, el EEG de superficie y los **electrodos intracraneales** se sitúan en la franja de los milisegundos, mientras que la **RMf** queda a la derecha, en la de los segundos. El texto lo confirma: el electroencefalograma proporciona información neurofisiológica con una precisión de milisegundos, y la RMf tiene una resolución temporal adecuada, ligeramente por debajo del segundo.

1 El manual atribuye al EEG una precisión de milisegundos, por lo que está entre las técnicas con mejor resolución temporal.

2 La MEG aparece en la figura 4-1 en la franja de los milisegundos, junto al EEG.

3 Los registros con electrodos intracraneales también se sitúan en los milisegundos en la figura 4-1; su inconveniente es el alto grado de invasividad.

4 Es la única de las cuatro que la figura 4-1 sitúa en la franja de los segundos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, figura 4-1, pág. 112, y págs. 128 y 134.

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

10 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

El cromosoma 21, implicado en el síndrome de Down, se ha asociado también a:

1. La enfermedad de Alzheimer. ✓
2. La enfermedad de Parkinson.
3. La enfermedad de Huntington.
4. El síndrome de Tourette.

El cromosoma 21 contiene el gen de la proteína precursora β-amilácea, ligado a la enfermedad de Alzheimer

Carlson y Birkett relacionan el **cromosoma 21** con la **enfermedad de Alzheimer**. En el encéfalo de las personas con **síndrome de Down**, causado por un cromosoma 21 supernumerario, también hay depósitos de proteína β-amilácea (Aβ), y St. George-Hyslop y cols. (1987) encontraron que ese cromosoma contiene el gen de la **proteína precursora β-amilácea (PPA)**. Más tarde se describieron mutaciones de ese gen que producen la **forma familiar** de la enfermedad, además de mutaciones de los genes de la presenilina en los cromosomas 1 y 14.

1. Es la relación que describe el manual: el gen de la PPA está en el cromosoma 21, y el encéfalo de las personas con síndrome de Down acumula Aβ.
2. En la enfermedad de Parkinson la mayoría de los casos no parecen de origen genético; la mutación descrita, en el gen de la α-sinucleína, está en el cromosoma 4.
3. La enfermedad de Huntington es un trastorno hereditario provocado por un gen dominante en el cromosoma 4.
4. Carlson relaciona el trastorno de la Tourette (síndrome de Gilles de la Tourette en el manual) con el trastorno obsesivo-compulsivo, por un posible genotipo común, sin situarlo en el cromosoma 21.

Para fijarlo. El 21 es el cromosoma del amiloide; el 4 es el de Huntington y el de la α-sinucleína del Parkinson.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 15, págs. 499, 503, 507 y 509; cap. 17, pág. 568.

EN EL ATLAS: Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Carlson y Birkett (Ampliación).

11 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 2

¿Qué modalidad sensorial se procesa en el núcleo geniculado lateral del tálamo?:

1 Auditiva.

2 Visual. ✓

3 Táctil.

4 Gustativa.

El núcleo geniculado lateral del tálamo releva la información visual

Redolar explica que, con excepción del **sistema olfatorio**, toda la información sensorial pasa por el **tálamo** antes de llegar a la corteza, a través de sus **núcleos de relevo**. Cada modalidad tiene el suyo: el **núcleo geniculado lateral** para la visión, el **núcleo geniculado medial** para la audición, el núcleo ventral posteromedial para el gusto y la información somatosensorial, y el núcleo ventral posterolateral para la información somatosensorial. El manual añade que el tálamo no es una simple estación de relevo, porque la información le llega muy organizada y en él se establecen conexiones intratalámicas.

1. La audición se releva en el núcleo geniculado medial, cuyas proyecciones punto a punto sobre la corteza auditiva primaria forman un mapa tonotópico.
2. Es la modalidad que el manual asigna al núcleo geniculado lateral.
3. La información táctil, como el resto de la somatosensorial, pasa por los núcleos ventral posterolateral y ventral posteromedial.
4. El gusto se releva en el núcleo ventral posteromedial.

Para fijarlo. Geniculado lateral para la luz y geniculado medial para el sonido; el olfato es el único sentido que llega a la corteza sin pasar por el tálamo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 3, pág. 79; cap. 11, pág. 301.

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

12 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 3

En la sinapsis entre el sistema nervioso y la musculatura estriada o esquelética, el neurotransmisor más frecuente es la:

1 Dopamina.

2 Serotonina.

3 Acetilcolina. ✓

4 Noradrenalina.

La unión neuromuscular funciona con acetilcolina

La sinapsis entre la terminal de una motoneurona y la fibra muscular es la **unión neuromuscular**. Según Redolar, la contracción se desencadena cuando las **motoneuronas alfa** transmiten un potencial de acción a la fibra: al llegar al botón terminal se libera **acetilcolina**, que se une a los **receptores nicotínicos** de la membrana postsináptica e inicia la contracción. Carlson y Birkett lo describen igual: la acetilcolina liberada despolariza la membrana de la placa motora y produce un **potencial de placa motora**, que siempre activa la fibra muscular. Ya en el capítulo 2 señalan que la transmisión en las sinapsis de las fibras musculares está mediada por ACh.

1 Carlson presenta la dopamina entre los sistemas de neurotransmisores del sistema nervioso central (tabla 4.1). El transmisor que el manual sitúa en la unión neuromuscular es la acetilcolina.

2 La serotonina figura también entre los sistemas de neurotransmisores del sistema nervioso central; no es el transmisor de la placa motora.

3 Es el neurotransmisor que liberan las motoneuronas alfa en la placa terminal y que actúa sobre receptores nicotínicos.

4 La noradrenalina se relaciona con el sistema nervioso simpático y, junto con la adrenalina, la secreta la médula suprarrenal. El músculo esquelético responde a la acetilcolina.

Para fijarlo. La miastenia grave, en la que el sistema inmunitario ataca los receptores de acetilcolina del músculo esquelético, recuerda qué transmisor mueve los músculos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 14, pág. 358. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 2, pág. 48; cap. 3, pág. 84; cap. 4, pág. 104; cap. 8, pág. 232.

EN EL ATLAS: Tema K7 · Control motor. Se estudia con Redolar (Ampliación) y Carlson y Birkett (Consulta).

13 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de estas áreas NO interviene en la inhibición de la conducta?:

1 Área premotora suplementaria.

2 Núcleo subtalámico.

3 Globo pálido interno.

4 Núcleo arqueado. ✓

El núcleo arqueado regula la ingesta y queda fuera de los circuitos que frenan el movimiento

Carlson y Birkett describen tres vías en el bucle entre la corteza y los ganglios basales. En la **vía indirecta**, el globo pálido externo envía impulsos al **núcleo subtalámico**, que excita al **globo pálido interno** (GPi), y el efecto final sobre el tálamo y la corteza frontal es inhibidor. En la **vía hiperdirecta**, las neuronas del área motora presuplementaria (pre-AMS) excitan al núcleo subtalámico, que excita al GPi; como el GPi inhibe la corteza motora, esta vía inhibe los movimientos con un retraso mucho más corto que la vía indirecta. El **núcleo arqueado** del hipotálamo aparece en el manual ligado a la ingesta (neuronas NPY/AGRP) y a la kisspeptina.

1 El pre-AMS inicia la vía hiperdirecta, que inhibe los movimientos, de modo que interviene en la inhibición de la conducta.

2 El núcleo subtalámico forma parte de la vía indirecta y de la hiperdirecta, las dos con efecto inhibidor sobre el movimiento.

3 El globo pálido interno tiene un efecto inhibidor sobre la corteza motora, y por él pasan la vía indirecta y la hiperdirecta.

4 El núcleo arqueado está en la base del hipotálamo y el manual lo vincula a la conducta de ingesta (neuronas NPY/AGRP) y al inicio de la pubertad (kisspeptina). No forma parte del bucle de los ganglios basales.

Ojo. El enunciado habla de «área premotora suplementaria». Carlson y Birkett sitúan el origen de la vía hiperdirecta en el área motora presuplementaria (pre-AMS), vecina del área motora suplementaria; la opción se refiere a esa región.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 8, págs. 250-251 y figura 8.18; cap. 10, pág. 299; cap. 12, pág. 385.

EN EL ATLAS

Tema K7 · Control motor. Se estudia con Carlson y Birkett (Consulta).

14 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 2

Para la creación de imágenes virtuales de las vías de fibras nerviosas del cerebro, emplearíamos:

1 La tomografía computarizada.

2 La resonancia magnética con tensor de difusión. ✓

3 La espectroscopia por resonancia magnética.

4 La estimulación magnética transcraneal.

El tensor de difusión reconstruye las vías de fibras siguiendo el movimiento del agua

Kolb y Whishaw definen las **imágenes con tensor de difusión** como un método de **RM** que detecta los **movimientos direccionales de las moléculas de agua** para crear imágenes virtuales de las **vías de fibras nerviosas** del cerebro. En las fibras, el agua tiende a moverse siguiendo el eje del tracto, propiedad llamada anisotropía, y la **tractografía** reconstruye su trayecto; con ella el Proyecto Conectoma Humano intenta cartografiar la conectividad cerebral. Redolar añade que estas imágenes indican al neurocirujano la localización de los tractos de interés y considera el DTI la técnica más apropiada hoy como marcador in vivo de los tractos de fibra.

1. La TC pasa rayos X a través de la cabeza y distingue los tejidos por cuánto los absorben. Permite ver una lesión, pero no reconstruye los tractos.
2. Es la técnica de RM que sigue la difusión direccional del agua a lo largo de las fibras.
3. La espectroscopia por RM cuantifica la concentración de metabolitos como el N-acetilaspartato, la creatina, la colina o el glutamato. Redolar la sitúa en el terreno del metabolismo cerebral más que en el de la imagen anatómica.
4. La EMT emite un campo magnético que cancela o activa la actividad eléctrica de los grupos neuronales próximos a la región estimulada. Modifica la actividad cerebral y no genera imágenes de las vías.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 1, págs. 24-25; cap. 7, pág. 192. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, págs. 124-125, 138 y 146.

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

15 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 4

Respecto del sustrato neurológico de la memoria, señale la afirmación FALSA:

1. La corteza prefrontal izquierda participa más en la codificación de la información semántica que en su recuperación.
2. La corteza prefrontal izquierda participa más en la codificación de la información episódica que en su recuperación.
3. La corteza prefrontal derecha participa más en la recuperación de la memoria episódica que la corteza prefrontal izquierda.
4. La memoria semántica depende del sistema de memoria del lóbulo temporal medial-lóbulo prefrontal ventral. ✓

La memoria semántica no se apoya en el circuito temporal medial-prefrontal ventral de la memoria episódica

Kolb y Whishaw recogen el patrón **HERA** (asimetría hemisférica de codificación y recuperación). Predice que la **corteza prefrontal izquierda** participa más en la **codificación** de la información semántica y de la episódica que en su recuperación, y que la **corteza prefrontal derecha** participa más que la izquierda en la **recuperación de la memoria episódica**. Esas son las opciones 1, 2 y 3. La 4 es la falsa: según el manual, la memoria semántica depende de regiones de los lóbulos temporal y frontal **adyacentes** a las que sirven a la memoria episódica, y no del sistema lóbulo temporal medial-lóbulo prefrontal ventral.

1. Es la primera predicción del patrón HERA.
2. Es la segunda predicción de HERA.
3. Es la tercera predicción de HERA. Tulving y cols. (1994) hallaron activa la corteza prefrontal dorsolateral derecha durante la recuperación.
4. Atribuye a la memoria semántica el sistema que el manual reserva para la memoria episódica.

Trampa. Tres opciones copian la lista del manual y la cuarta traslada a la memoria semántica una frase que el texto dice de la episódica.

Para fijarlo. En HERA el hemisferio izquierdo codifica y el derecho recupera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 18, págs. 489 y 496.

Tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias. Se estudia con Kolb y Whishaw (Consulta).

16 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes trastornos NO se considera una tauopatía?:

1 Parálisis supranuclear progresiva.

2 Enfermedad de Alzheimer.

3 Trastorno frontotemporal.

4 Demencia por cuerpos de Lewy. ✓

La demencia por cuerpos de Lewy es una sinucleinopatía

Kolb y Whishaw clasifican las demencias en el cuadro 27.2. Las **tauopatías** se caracterizan por la **acumulación de proteínas tau** dentro de las neuronas, y en ese grupo incluyen la enfermedad de Alzheimer, la degeneración corticobasal, los trastornos frontotemporales y la **parálisis supranuclear progresiva**. La **demencia por cuerpos de Lewy** figura en otro grupo, el de las **sinucleinopatías**, definidas por la acumulación de proteína alfa-sinucleína en las neuronas, junto a la demencia de la enfermedad de Parkinson.

1. La parálisis supranuclear progresiva es una tauopatía, con pérdida de neuronas en la parte superior del tronco cerebral.
2. El cuadro define la enfermedad de Alzheimer por la proteína tau, que forma amiloide y ovillos en las neuronas.
3. Los trastornos frontotemporales, con pérdida de neuronas en los lóbulos frontal y temporal, también figuran entre las tauopatías.
4. La demencia por cuerpos de Lewy acumula alfa-sinucleína y forma cuerpos de Lewy en las neuronas, por lo que es una sinucleinopatía.

CUADRO 27.2 (EXTRACTO). TIPOS DE DEMENCIA

Grupo o tipo de demencia	Descripción
Tauopatías	Acumulación de proteínas tau dentro de las neuronas
Enfermedad de Alzheimer	La proteína tau forma amiloide y ovillos en las neuronas
Degeneración corticobasal	Pérdida de neuronas y retracción en la corteza y los ganglios basales
Trastornos frontotemporales	Pérdida de neuronas en los lóbulos frontal y temporal
Parálisis supranuclear progresiva (PSP)	Pérdida de neuronas en la parte superior del tronco cerebral
Sinucleinopatías	Acumulación de proteína alfa-sinucleína en las neuronas
Demencia por cuerpos de Lewy	Produce la formación de cuerpos de Lewy en las neuronas
Demencia de la enfermedad de Parkinson	

Fuente: Kolb y Whishaw (2017), cap. 27, cuadro 27.2, pág. 784

Ojo. La Base del tema (Belloch, Sandín y Ramos, 2020) no recoge esta clasificación por proteínas; en el corpus del Atlas está en Kolb y Whishaw, que no es fuente del tema. En el DSM-5-TR los cuadros se llaman trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (Clasificación, pág. lviii).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 27, cuadro 27.2, pág. 784.

EN EL ATLAS Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Kolb y Whishaw no es fuente de este tema.

17 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes teorías NO está vinculada a la explicación del fenómeno de la facilitación social?:

1 Teoría de la aprehensión por la evaluación.

2 Teoría de la distracción-conflicto.

3 Teoría del impulso o de la motivación (o activación).

4 Teoría de la reactancia. ✓

La reactancia psicológica queda fuera de las explicaciones de la facilitación social

Molero et al. agrupan las explicaciones de la **facilitación social** según el proceso mediador. Por la vía de la activación están la **teoría del impulso** de Zajonc (la presencia de otros activa la respuesta dominante, que mejora el rendimiento en tareas sencillas y lo empeora en las complejas), la **teoría de la distracción-conflicto** (la presencia de otros distrae y crea un conflicto atencional) y las explicaciones basadas en la incertidumbre y en la **aprensión por la evaluación** (Cottrell). La **reactancia** psicológica de Brehm pertenece a otro campo: Bermúdez la presenta como la activación motivacional que lleva a restaurar la libertad cuando se ve amenazada.

1 Según el modelo de la aprensión de la evaluación, la facilitación social aparece cuando los individuos perciben que quienes los observan están atentos a su ejecución.

2 Para la teoría de la distracción-conflicto, atender a la tarea o a los demás crea un conflicto atencional que produce activación y aumenta la respuesta dominante.

3 La teoría del impulso o de la motivación de Zajonc (1965) es la explicación clásica de la facilitación y la inhibición social.

4 La reactancia es la reacción ante la amenaza a la propia libertad de acción, y el manual de grupos no la incluye entre las explicaciones de la facilitación social.

Para fijarlo. Zajonc activa, Sanders y Baron distraen, Cottrell evalúa y Brehm defiende la libertad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 7, págs. 224-228. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, pág. 364.

EN EL ATLAS

Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base). Bermúdez 2011 es Base del tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control.

18 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 2

¿Qué proceso analiza la teoría de los estados de expectativas formulada por Berger y colaboradores?:

1 Las emociones generadas por las relaciones interpersonales.

2 La emergencia del estatus en las personas que integran los grupos. ✓

3 El desarrollo de procesos de conformidad.

4 La aparición de conductas altruistas.

La teoría de los estados de expectativas explica cómo surge el estatus dentro del grupo

La **teoría de los estados de expectativas** (TEE) de Berger y colaboradores surgió para aclarar resultados de los estudios de Bales y explica **cómo emerge la jerarquía de estatus** en los grupos orientados a la tarea. Su idea central es que la base principal del estatus grupal son las **expectativas de desempeño**, creencias implícitas de los miembros sobre lo valiosa que será la contribución de cada uno. Esas expectativas generan desigualdades en la interacción a favor de quienes se espera que aporten más, con un componente de **profecía autocumplida**. Molero la presenta en el capítulo sobre composición y estructura del grupo.

1 Las emociones de las relaciones interpersonales quedan fuera de la teoría, que trata de las expectativas sobre el desempeño en la tarea.

2 Es el objetivo con el que Berger y colaboradores desarrollaron la TEE: explicar cómo emerge la jerarquía de estatus en el grupo.

3 La conformidad se estudia entre los procesos de influencia en los grupos, en otro capítulo del manual.

4 Las conductas altruistas pertenecen al estudio de la conducta de ayuda, ajeno a esta teoría.

Para fijarlo. A quien se espera que aporte más se le dan más ocasiones de participar, aporta más y acaba confirmando la expectativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 4, págs. 143-145.

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

19 PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la principal aportación que realiza la teoría de la conducta planificada a su predecesora, la teoría de la acción razonada?:

1 La supresión del componente “creencias conductuales”.

2 La introducción de relaciones no lineales entre constructos.

3 La introducción del componente “control conductual percibido”. ✓

4 La incorporación de relaciones directas entre actitud y conducta.

La acción planificada añade el control conductual percibido a la acción razonada

En la **teoría de la acción razonada** (Fishbein y Ajzen, 1975), la intención de conducta depende de dos factores independientes: la **actitud hacia la conducta** y la **norma subjetiva**. La **teoría de la acción planificada**, de los mismos autores, añade un tercer factor, el **control conductual percibido**, que es la percepción de lo fácil o difícil que resultará realizar el comportamiento. Este componente explica la conducta de dos formas: indirectamente, a través de la intención, y directamente, porque a igualdad de intención el esfuerzo es mayor si uno se cree capaz y porque a menudo refleja el control real sobre la conducta.

1 Las creencias se mantienen. La actitud hacia la conducta sigue dependiendo de las creencias sobre sus consecuencias y de la valoración de esas consecuencias.

2 El manual no presenta esa aportación. La combinación multiplicativa de creencias y valoraciones ya estaba en la acción razonada, como modelo de expectativa-valor.

3 Es el factor nuevo que introduce la teoría de la acción planificada.

4 La relación directa que añade el modelo es la del control conductual percibido con la conducta; la actitud sigue influyendo a través de la intención.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 162-164.

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

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

20

PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 3

Según el modelo de contenido de los estereotipos propuesto por Fiske, la combinación de percepción de cordialidad/calidez baja y competencia alta de un exogrupo produce:

1 Compasión.

2 Admiración.

3 Envidia. ✓

4 Desprecio.

Un exogrupo visto como competente pero frío despierta envidia

El **modelo del contenido de los estereotipos** de Fiske y colaboradores organiza las creencias estereotipadas en dos dimensiones, **competencia** y **cordialidad**. Ambas derivan de las relaciones estructurales entre los grupos: los de alto estatus se perciben como competentes, y los que compiten con el nuestro, como fríos. La combinación determina la emoción y el tipo de prejuicio. Los grupos competentes y fríos, de alto estatus y competitivos, despiertan **envidia y celos** y un **prejuicio envidioso**; el cuadro 11.5 pone como ejemplos a asiáticos, judíos, ricos y feministas.

1. La compasión y la simpatía corresponden a los grupos cordiales e incompetentes, de bajo estatus y no competitivos, objeto de un prejuicio paternalista.
2. La admiración se reserva para los grupos cordiales y competentes, como el endogrupo y los grupos aliados.
3. Baja cordialidad y alta competencia producen envidia y celos, propios del prejuicio envidioso.
4. El desprecio corresponde a los grupos fríos e incompetentes, de bajo estatus y competitivos, objeto de un prejuicio despectivo.

CUADRO 11.5. EJEMPLO DE CUATRO TIPOS DE EXOGRUPOS SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE CORDIALIDAD Y COMPETENCIA (ADAPTADO DE FISKE ET AL., 2002)

Cordialidad	Competencia baja	Competencia alta
Alta	Prejuicio Paternalista. Bajo estatus, no competitivos. Compasión, simpatía (Personas mayores, personas con discapacidad, amas de casa)	Admiración. Alto estatus, no competitivos. Orgullo, admiración (Endogrupo, grupos aliados)
Baja	Prejuicio despectivo. Bajo estatus, competitivos. Desprecio, aversión, ira, resentimiento (Receptores de ayudas sociales, pobres)	Prejuicio envidioso. Alto estatus, competitivos. Envidia, celos (Asiáticos, judíos, ricos, feministas)

Fuente: Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 11, cuadro 11.5, pág. 320

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. 319-320 y cuadro 11.5.

EN EL ATLAS: Tema M7 · Estereotipos y prejuicio. Se estudia con Gaviria (Base).

21 PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 4

El modelo de disociación de Devine se centra en el conflicto que experimentan las personas "no prejuiciosas" (o "poco prejuiciosas") entre sus respuestas automáticas de prejuicio y:

1. Su conducta real.
2. Sus propias emociones.
3. Los valores de su entorno social.
4. Sus creencias personales. ✓

Devine sitúa el conflicto entre el estereotipo que se activa solo y las creencias personales

El **modelo de disociación** de Devine explica la paradoja del prejuicio en las personas no prejuiciosas a partir de dos estructuras cognitivas distintas: los **estereotipos culturales** y las **creencias personales** hacia los miembros del exogrupo. Los estereotipos, aprendidos desde la socialización temprana, se activan de forma **automática**, por lo que personas con y sin prejuicio son igual de susceptibles a su activación. Las respuestas sin prejuicio dependen, en cambio, de **procesos controlados** e intencionados. Quien se considera no prejuicioso vive el conflicto cuando no logra inhibir la respuesta automática y sustituirla por la basada en sus creencias.

1. La respuesta prejuiciosa es uno de los dos polos del conflicto; el otro, según el manual, son las creencias personales de quien no se considera prejuicioso.
2. Las emociones ocupan el centro de otros modelos del cuadro 12.7, como el racismo aversivo, en el que conviven la adhesión a principios no discriminatorios con incomodidad, inseguridad e incluso miedo.
3. El estereotipo procede de la cultura, pero el conflicto que describe Devine se da dentro de la persona, entre ese estereotipo y sus propias creencias.
4. Es el conflicto que define el modelo: respuestas basadas en el estereotipo cultural frente a respuestas basadas en las creencias personales.

> **Para fijarlo.** El estereotipo llega primero y sin pedir permiso; las creencias personales necesitan tiempo y atención para imponerse.

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. 12, págs. 345-346 y cuadro 12.7, pág. 348.

EN EL ATLAS
Tema M7 · Estereotipos y prejuicio. Se estudia con Gaviria (Base).

22 PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 2

El modelo experimental denominado paradigma del grupo mínimo está vinculado al surgimiento de la teoría denominada:

1 Teoría de la autoafirmación.

2 Teoría de la identidad social. ✓

3 Teoría del pensamiento grupal.

4 Teoría de la dominancia social.

El paradigma del grupo mínimo dio origen a la teoría de la identidad social

Gaviria, López y Cuadrado presentan la **teoría de la identidad social** como respuesta a la pregunta que dejaba abierta la teoría del conflicto realista: cuál es la **condición mínima** para que aparezcan comportamientos intergrupales. Tajfel, Billig, Bundy y Flament (1971) diseñaron para ello el **paradigma del grupo mínimo**: asignaban a los participantes a dos grupos con un criterio arbitrario, sin interacción cara a cara, con anonimato y sin interés personal, y les pedían repartir dinero entre miembros del endogrupo y del exogrupo. La mera categorización bastó para desencadenar **favoritismo endogrupal**, y para explicar estos resultados Tajfel y Turner (1979) desarrollaron la teoría de la identidad social.

1 La teoría de la autoafirmación (Steele, 1988) estudia cómo influyen las creencias sobre el yo y la autoestima en la reducción de la disonancia; propone que las personas con alta autoestima son menos vulnerables a ella.

2 Es la teoría que Tajfel y Turner formularon para explicar los resultados del paradigma del grupo mínimo.

3 El pensamiento de grupo, descrito por Janis, aparece en grupos cohesivos cuya tendencia a la unanimidad supera la motivación por evaluar de forma realista las alternativas; pertenece a la toma de decisiones en grupo.

4 La orientación a la dominancia social (Pratto y Sidanius) es una variable de diferencias individuales sobre la tendencia a legitimar las desigualdades entre grupos.

Para fijarlo. Bastaba con repartir a la gente en dos grupos arbitrarios para que favoreciera al suyo; de ahí el nombre de grupo mínimo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 365 y 371-372; cap. 6, pág. 171. Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 9, pág. 281.

EN EL ATLAS: Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Gaviria (Base).

23

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor

Respuesta correcta: 4

Señale de qué reflejo se trata cuando un niño de menos de 3 meses se sobresalta cuando oye ruidos intensos o cuando se le suelta repentinamente a unos cuantos centímetros de la cama, extendiendo piernas, brazos y dedos, entre otras conductas:

1. Reflejo de Babinski.
2. Reflejo del primate.
3. Reflejo de Babkin.
4. Reflejo de Moro. ✓

Sobresaltarse y extender brazos, piernas y dedos ante un ruido o una caída es el reflejo de Moro

El **reflejo de Moro** es la respuesta del bebé a un sobresalto o a la posibilidad de caer. En la tabla 4.4 de Papalia y Martorell se provoca cuando **el bebé se cae o escucha un ruido fuerte**, y la conducta es **extender piernas, brazos y dedos**, arquear la espalda y girar la cabeza; aparece en el séptimo mes de gestación y **desaparece hacia el tercer mes**. García Madruga y Delval lo describen como apertura y luego cierre de brazos y piernas ante un sonido intenso o una pérdida de sustentación. Es un **reflejo primitivo**, ligado a necesidades instintivas de supervivencia y protección.

1. El reflejo de Babinski se provoca tocando la planta del pie; el bebé tuerce los pies y abre los dedos.
2. Los manuales consultados no recogen ningún «reflejo del primate». Papalia y Martorell vinculan a nuestra herencia evolutiva el reflejo de prensión, parecido al de las crías de mono que se aferran al pelaje de su madre.
3. El reflejo de Babkin se provoca tocando a la vez las dos palmas; el bebé abre la boca, cierra los ojos, flexiona el cuello y mueve la cabeza adelante.
4. El estímulo (ruido fuerte o caída) y la respuesta (extender piernas, brazos y dedos) son los del reflejo de Moro, que desaparece hacia el tercer mes.

TABLA 4.4 (EXTRACTO). PRIMEROS REFLEJOS HUMANOS

Reflejo	Estimulación	Conducta del bebé	Edad de aparición	Edad de desaparición
Moro	El bebé se cae o escucha un ruido fuerte.	Extiende piernas, brazos y dedos, arquea la espalda, gira la cabeza.	Séptimo mes de gestación	Tercer mes
Darwiniano de prensión	Se toca la palma de la mano del bebé.	Aprieta el puño; puede ponerse de pie si tiene los dos puños cerrados alrededor de un bastón.	Séptimo mes de gestación	Cuarto mes
Babkin	Se tocan las dos palmas al mismo tiempo.	Abre la boca, cierra los ojos, flexiona el cuello, mueve la cabeza adelante.	Al nacer	Tercer mes
Babinski	Se toca la planta del pie.	Tuerce los pies y abre los dedos.	Al nacer	Cuarto mes

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 4, tabla 4.4, pág. 113

Ojo. García Madruga y Delval (tabla 3.2) sitúan la desaparición del reflejo de Moro hacia los 6 meses; Papalia y Martorell, en el tercer mes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 112 y tabla 4.4, pág. 113. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 3, tabla 3.2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor. Se estudia con García Madruga y Delval (Ampliación).

24

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

Cuando los bebés se encuentran ante un objeto o situación nueva o ambigua, suelen mirar a sus cuidadores para obtener señales emocionales sobre cómo actuar. Este fenómeno se denomina:

1. Referenciación social. ✓
2. Audiencia imaginaria.
3. Andamiaje.
4. Teoría de la mente.

Mirar al cuidador para saber cómo reaccionar ante algo nuevo es referenciación social

Papalia y Martorell llaman **referenciación social** al proceso por el que una persona busca e interpreta la percepción que otra tiene de una **situación ambigua, confusa o poco familiar**, y así entiende cómo actuar. Cuando un bebé mira a su cuidador ante una persona o un juguete nuevo, busca **información emocional** que guíe su conducta. Hay evidencias desde los **12 meses**: niños de 12 y 18 meses se acercaban o se alejaban de juguetes que se movían o vibraban según la reacción emocional del experimentador. Con la edad depende menos de la expresión facial y más del **lenguaje**.

1. Es el proceso que describe el enunciado: interpretar la reacción del cuidador para saber cómo actuar ante algo ambiguo o desconocido.
2. La audiencia imaginaria es una característica de la inmadurez cognoscitiva adolescente: creer que todo el mundo les presta atención.
3. El andamiaje es el apoyo que padres, maestros y otras personas brindan al niño para ayudarle con una tarea.
4. La teoría de la mente es la conciencia de la variedad de estados mentales y la comprensión de que los demás tienen sus propias creencias, deseos e intenciones.

Para fijarlo. Ante el juguete que vibra, el bebé consulta la cara del adulto antes de decidir si se acerca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 176-177; cap. 2, pág. 31; cap. 7, pág. 210; cap. 11, pág. 351.

EN EL ATLAS

Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Papalia y Martorell no es fuente de este tema.

25 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J8 · Desarrollo moral

Respuesta correcta: 2

Ante la pregunta "¿Por qué no se puede robar en una tienda?", una respuesta como "Porque te pueden pillar y te castigarían" es típica del siguiente nivel de desarrollo moral de Kohlberg:

1 Moralidad conformista.

2 Moralidad preconvencional. ✓

3 Moralidad instrumental.

4 Moralidad heteronormativa.

No robar por miedo a que te castiguen es moralidad preconvencional

Kohlberg describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno con dos etapas. En el **nivel I, moralidad preconvencional**, las personas actúan bajo **controles externos**: obedecen las reglas para **evitar el castigo** o recibir recompensas, o actúan por su propio interés; es característico de los niños de cuatro a 10 años. La respuesta del enunciado encaja en la **etapa 1, orientación hacia el castigo y la obediencia** («¿Qué me va a pasar?»). Gutiérrez y Vila lo resumen igual: en el nivel preconvencional, lo que puede suponer un castigo es malo. Para Kohlberg lo que sitúa a alguien en una etapa es el **razonamiento** que da, más que la respuesta concreta.

1. La conformidad aparece en el nombre alternativo del nivel II, moralidad convencional (o de la conformidad a los papeles convencionales), en el que preocupa ser bueno y agradar a los otros.
2. Evitar el castigo es el razonamiento del nivel preconvencional, etapa de orientación hacia el castigo y la obediencia.
3. Lo instrumental da nombre a la etapa 2, propósito instrumental e intercambio («Hoy por ti, mañana por mí»), que forma parte del nivel preconvencional; Kohlberg no tiene un nivel llamado moralidad instrumental.
4. Kohlberg no tiene ningún nivel con ese nombre. El término recuerda a la moral heterónoma de Piaget, en la que las normas se cumplen porque lo determina una autoridad.

TABLA 11.2 (EXTRACTO). LAS SEIS ETAPAS DEL RAZONAMIENTO MORAL DE KOHLBERG

Niveles	Etapas del razonamiento
Nivel I: moralidad preconvencional (cuatro a 10 años)	Etapa 1: Orientación hacia el castigo y la obediencia. «¿Qué me va a pasar?». Los niños obedecen las reglas para evitar el castigo.
Nivel I: moralidad preconvencional (cuatro a 10 años)	Etapa 2: Propósito instrumental e intercambio. «Hoy por ti, mañana por mí.» Los niños se conforman con las reglas en aras de su interés y en consideración a lo que los demás pueden hacer por ellos.
Nivel II: moralidad convencional (10 a 13 años o más)	Etapa 3: Mantenimiento de las relaciones mutuas, aprobación de otros, la regla práctica. «¿Soy una niña o niño bueno?». Los niños quieren agradar y ayudar a otros.
Nivel II: moralidad convencional (10 a 13 años o más)	Etapa 4: Interés social y conciencia. «¿Qué pasaría si todos lo hicieran?». A las personas les interesa cumplir sus obligaciones, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social.

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 11, tabla 11.2, pág. 342

Trampa. Los distractores usan etiquetas reales del tema (conformidad, propósito instrumental, moral heterónoma) colocadas en un lugar que no les corresponde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 341 y tabla 11.2, pág. 342. Gutiérrez Martínez, F. y Vila Chaves, J. Ó. (coords.) (2021). Psicología del desarrollo II (2.ª ed.). UNED. Cap. 9, apartados 3.1 y 3.2 y tabla 9.4 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS Tema J8 · Desarrollo moral. Se estudia con Gutiérrez Martínez y Vila (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 209

26

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas

Respuesta correcta: 4

Cuando los niños dominan principios cognitivos como la reversibilidad, la descentración o la identidad, son capaces de resolver los siguientes problemas:

1 Problemas de adición y sustracción.

2 Problemas que implican coordinación cognitiva y emocional.

3 Problemas que van más allá de su zona de desarrollo próximo.

4 Problemas de conservación. ✓

Identidad, reversibilidad y descentración permiten resolver las tareas de conservación

Papalia y Martorell explican que, al resolver **problemas de conservación**, los niños de las **operaciones concretas** calculan la respuesta mentalmente gracias a tres principios. Entienden el de **identidad**: la plastilina es la misma aunque cambie de forma, porque no se le agregó ni se le quitó nada. Entienden la **reversibilidad**: pueden imaginar qué ocurriría si la serpiente volviera a ser una bola. Y pueden **descentrar**: atienden a la vez a la longitud y al grosor, mientras que el niño preoperacional se centra solo en la longitud. La conservación de la materia suele lograrse hacia los siete u ocho años.

1 Los problemas de adición y sustracción pertenecen a las habilidades matemáticas de la misma etapa, pero el manual liga estos tres principios a la conservación.

2 La coordinación cognitiva y emocional no figura entre los logros que el manual asocia a estos tres principios.

3 La zona de desarrollo próximo es un concepto de Vygotsky, la brecha entre lo que el niño hace solo y lo que puede lograr con guía; los principios del enunciado son piagetianos.

4 Son los problemas que el niño de las operaciones concretas resuelve gracias a la identidad, la reversibilidad y la descentración.

Para fijarlo. No se quitó nada, se puede deshacer y es más larga pero más fina: así razona quien conserva la cantidad de plastilina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 269; cap. 2, pág. 31. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 387.

EN EL ATLAS

Tema J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (2009) (Consulta).

27

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 4

El tipo de pensamiento adulto caracterizado por un abordaje de los problemas más flexible y dialéctico (integrando diferentes aspectos, incluso contradictorios, de la situación en un todo abarcativo), se denomina:

1 Pensamiento divergente.

2 Pensamiento pragmático.

3 Pensamiento integrativo.

4 Pensamiento posformal. ✓

El pensamiento posformal integra dialécticamente las contradicciones

García Madruga y Delval recogen la propuesta de **operaciones y estadios postformales y dialécticos** que caracterizarían el pensamiento de la edad adulta. El **pensamiento posformal** surge y se aplica en contextos complejos de la vida adulta, con problemas mal definidos, varios puntos de vista y aspectos cognitivos y afectivos entrelazados. Va más allá de la lógica formal hacia una concepción más **relativista** del conocimiento y es capaz de admitir las contradicciones e incluso de **integrarlas dialécticamente** en una nueva estructura. Papalia y Martorell añaden que se caracteriza por la capacidad para lidiar con incongruencias, contradicciones y soluciones de compromiso, y por su **flexibilidad**.

1 Sánchez-Elvira, siguiendo a Guilford, identifica el pensamiento divergente con la creatividad: producir alternativas nuevas y respuestas inusuales.

2 Los manuales consultados no describen un «pensamiento pragmático» como etapa de la cognición adulta.

3 El término evoca la integración de contradicciones que describe el enunciado, pero los manuales llaman posformal (o postformal) a ese pensamiento.

4 Es el pensamiento adulto, flexible y dialéctico, que admite e integra las contradicciones.

Ojo. García Madruga y Delval advierten que la evidencia sobre este tipo de pensamiento es todavía poco concluyente y que no parecen existir estadios postformales en sentido estricto, aunque sí un pensamiento más allá del formal en algunos adultos.

Trampa. La opción 3 recoge la palabra «integrando» del enunciado; el nombre que dan los manuales es posformal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 13, apartado 2 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 396-397. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 436-437.

EN EL ATLAS

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

28 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 1

De acuerdo con la perspectiva del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990), las tres estrategias o procesos básicos de adaptación que empleamos a lo largo del desarrollo son:

1 Selección, optimización y compensación. ✓

2 Asimilación, acomodación y negación.

3 Integración, reestructuración y apertura a la experiencia.

4 Estrategias centradas en las emociones, en la cognición y en la acción.

Seleccionar, optimizar y compensar son las estrategias adaptativas de Baltes

Papalia y Martorell recogen el modelo de **optimización selectiva con compensación** (OSC) de Paul Baltes. Describe cómo nos adaptamos al **equilibrio cambiante entre el crecimiento y el deterioro** a lo largo de la vida: en la niñez los recursos se dedican sobre todo al crecimiento, y en la vejez, al mantenimiento de la salud y al manejo de las pérdidas. Los adultos mayores conservan sus recursos al **seleccionar** menos actividades y metas más significativas, **optimizar** los recursos de que disponen y **compensar** las pérdidas con alternativas. El pianista Rubinstein lo ilustra: a los 89 años redujo su repertorio, practicó más horas y tocaba más despacio antes de los pasajes vivos.

1 Son los tres procesos del modelo OSC de Baltes.

2 Asimilación y acomodación son los dos procesos con los que Piaget explica la adaptación; la negación no forma parte de ese par ni del modelo de Baltes.

3 Integración, reestructuración y apertura a la experiencia no forman la tríada de Baltes.

4 El modelo de Baltes no clasifica las estrategias por su foco (emoción, cognición o acción); sus tres procesos son seleccionar, optimizar y compensar.

> **Para fijarlo.** Rubinstein seleccionó repertorio, optimizó con más horas de práctica y compensó tocando más lento antes de los pasajes rápidos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 18, pág. 537; cap. 2, pág. 30.

EN EL ATLAS: Tema J10 · Adultez y vejez. Se estudia con Papalia y Martorell (Ampliación).

29

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 1

En un análisis de regresión simple, ¿cuál de los siguientes coeficientes indica el cambio que se produce en la variable de respuesta, por cada incremento en una unidad de la variable predictora?:

1. Coeficiente de regresión no estandarizado β1. ✓
2. Coeficiente de regresión no estandarizado β0.
3. Coeficiente de regresión tipificado B1.
4. Coeficiente de determinación corregido.

El coeficiente no tipificado de la predictora es el cambio esperado en Y por cada unidad de X

En la regresión simple, Pardo y San Martín escriben la ecuación de pronóstico con una intersección (B0) y un coeficiente (B1). El signo de **B1** indica si la relación es positiva o negativa, y su tamaño, el **cambio esperado en Y por cada unidad que aumenta X**. Suárez Falcón lo llama **pendiente**: indica en qué medida cambian los valores de Y por cada incremento de una unidad en X. La **intersección** (el origen) es el pronóstico cuando X vale cero, y el **coeficiente tipificado** expresa el cambio en desviaciones típicas, porque coincide con la correlación de Pearson.

1. Es el coeficiente no tipificado de la variable predictora: el cambio esperado en Y por cada unidad que aumenta X.
2. β0 es la intersección: el pronóstico que ofrece la recta cuando X vale cero, que solo tiene significado si ese valor de X lo tiene.
3. El coeficiente tipificado coincide con la correlación de Pearson e indica cuántas desviaciones típicas cambia Y cuando X aumenta una desviación típica.
4. El coeficiente de determinación corregido atenúa el sesgo positivo del coeficiente de determinación, que expresa la proporción de varianza de Y explicada por el modelo.

Ojo. La notación del enunciado no coincide con la de los manuales. Pardo y San Martín llaman B1 al coeficiente no tipificado y B1(Z) al tipificado, y Suárez Falcón usa a para el origen y b para la pendiente. La clave se sostiene por el contenido de cada opción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 220 y 229. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, págs. 377-378 y 389.

EN EL ATLAS

Tema L11 · Estadística descriptiva de dos variables. Se estudia con Suárez Falcón (Base). Pardo II es Ampliación del tema L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables.

30 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes estadísticos se emplea como indicador de multicolinealidad en los modelos de regresión lineal múltiple?:

1 Durbin-Watson.

2 Tolerancia. ✓

3 Distancia de Cook.

4 Correlación de Pearson.

La tolerancia y su inverso, el FIV, detectan la multicolinealidad

La **colinealidad** es la relación entre las variables independientes (con más de dos se habla de multicolinealidad). Una colinealidad elevada aumenta la varianza de los coeficientes de regresión y vuelve inestables las estimaciones. Para detectarla, Pardo y San Martín proponen el **nivel de tolerancia**: 1 menos el coeficiente de determinación de la regresión de cada Xj sobre el resto de variables independientes. Una tolerancia próxima a 0 indica que la variable está muy relacionada con las demás, y los problemas suelen empezar por debajo de 0,10. Su inverso es el **factor de inflación de la varianza** (FIV), que informa exactamente de lo mismo.

1 El estadístico de Durbin-Watson valora la autocorrelación entre los residuos, es decir, el supuesto de independencia; valores en torno a 2 indican residuos independientes.

2 Es el estadístico que el manual propone para valorar el grado de colinealidad de cada variable independiente con las demás.

3 La distancia de Cook valora la influencia de cada caso sobre los resultados de la regresión, a partir de los cambios en los coeficientes al ir eliminando cada caso del análisis.

4 La correlación de Pearson cuantifica la relación lineal entre dos variables; la tolerancia, en cambio, tiene en cuenta a la vez la relación de cada variable independiente con todas las demás.

Para fijarlo. Tolerancia baja, colinealidad alta: por debajo de 0,10 hay problema, igual que con un FIV por encima de 10.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, págs. 401-402, 404 y 410.

EN EL ATLAS: Tema L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables. Se estudia con Pardo II (Ampliación).

31 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables

Respuesta correcta: 2

Si en una regresión logística binaria tenemos un predictor categórico con cuatro niveles, ¿en cuántas variables dicotómicas (dummy) se transformaría para emplearlo en el modelo?:

1 En 2.

2 En 3. ✓

3 En 4.

4 En 5.

Un predictor categórico de cuatro niveles se codifica con tres variables dummy

Pardo y San Martín explican cómo incluir en una ecuación de regresión una **variable categórica** con más de dos categorías: una variable con **J categorías** puede expresarse, sin pérdida de información, como **J − 1 variables dicotómicas**, a las que suele llamarse **variables dummy** (ficticias o indicador). En su ejemplo, la variable centro, con tres categorías, se convierte en dos dicotómicas, centro_A y centro_B; el centro C queda identificado con el código 0 en ambas y sirve de **referente** para interpretar los coeficientes. Con cuatro niveles harán falta, por tanto, tres variables dummy.

1. Dos variables bastan para una categórica de tres niveles, como en el ejemplo del manual; con cuatro niveles faltaría una.
2. Aplica la regla J − 1: cuatro categorías se expresan con tres variables dicotómicas.
3. Crear tantas variables como categorías sería redundante, porque la última categoría ya queda identificada cuando todas las dicotómicas valen 0.
4. Cinco variables superan incluso el número de categorías y no tienen justificación en la regla J − 1.

Ojo. Pardo y San Martín exponen la regla en la regresión lineal; los manuales de Psicología Experimental del Atlas no desarrollan la regresión logística, pero la forma de incluir un predictor categórico es la misma.

Para fijarlo. La categoría de referencia no necesita variable propia: se reconoce porque tiene ceros en todas las demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, págs. 394-395.

EN EL ATLAS
Tema L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables. Se estudia con Pardo II (Ampliación).

32 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

Cuando en el análisis de varianza unifactorial no se cumple el supuesto de homocedasticidad, en vez de la F ordinaria, ¿cuál de las siguientes pruebas convendría emplear?:

1 Brown-Forsythe. ✓

2 Shapiro-Wilk.

3 Levene.

4 Mauchly.

Con varianzas heterogéneas, la F de Brown y Forsythe sustituye a la F ordinaria

Balluerka y Vergara recuerdan que el incumplimiento de la **homocedasticidad** puede alterar la probabilidad de cometer un error de tipo I y la potencia, sobre todo con grupos no equilibrados. Distinguen dos tipos de recursos. Para **verificar** el supuesto proponen las pruebas de Hartley, Cochran, Bartlett y **Levene**, la más robusta frente a la falta de normalidad. Para **corregir la heterocedasticidad**, el procedimiento de O'Brien, la prueba F conservadora, la F* de Brown y Forsythe y la W de Welch. Pardo y San Martín coinciden: cuando no puede asumirse igualdad de varianzas, se recomiendan los estadísticos de Welch y de Brown-Forsythe, basados en una modificación del estadístico F.

1 La F* de Brown y Forsythe es uno de los procedimientos que corrigen la heterocedasticidad en lugar de la F ordinaria.

2 Shapiro-Wilk comprueba el supuesto de normalidad; el SPSS lo aplica con muestras de 50 o menos sujetos.

3 Levene sirve para verificar si se cumple la homocedasticidad; detecta el problema, pero no sustituye a la F cuando el supuesto falla.

4 La prueba de Mauchly verifica la esfericidad de la matriz de varianzas-covarianzas en los diseños con medidas repetidas.

Ojo. Brown y Forsythe dan nombre a dos procedimientos. Pardo y San Martín describen uno idéntico al de Levene pero con medianas, para contrastar la igualdad de varianzas, y otro que modifica el estadístico F cuando esa igualdad no puede asumirse. El enunciado se refiere al segundo.

Trampa. Levene y Brown-Forsythe aparecen juntos en el SPSS; uno comprueba el supuesto y el otro permite seguir con el análisis cuando no se cumple.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, pág. 46; cap. 9, pág. 244. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, pág. 198.

EN EL ATLAS

Tema L16 · Comparación de más de dos grupos. Se estudia con Balluerka y Vergara (Ampliación) y Pardo II (Consulta).

33 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 4

Si la respuesta de un sujeto a un ítem depende de su respuesta a otro u otros ítems del test, ¿qué supuesto de la teoría de respuesta al ítem se está incumpliendo?:

1 Invarianza respecto a los ítems.

2 Linealidad.

3 Igualdad de errores típicos.

4 Independencia local. ✓

Que la respuesta a un ítem dependa de la de otro rompe la independencia local

Muñiz explica que la curva característica del ítem relaciona la probabilidad de acertarlo con el nivel de la persona en la variable medida (θ). Si el modelo es correcto, esa probabilidad depende de un solo factor, θ, y por eso la TRI asume la **unidimensionalidad**. De ella se deriva la **independencia local**: para una persona con un valor dado de θ, la respuesta a un ítem no está influida por sus respuestas a los otros, y la probabilidad de un patrón de respuestas es el **producto** de las probabilidades de cada ítem. Los **ítems encadenados**, cuya respuesta depende de conocer la del anterior, carecen de independencia local.

1 La invarianza es una propiedad que la TRI ofrece frente a la teoría clásica: mediciones invariantes respecto del instrumento y propiedades de los ítems que no dependen de la muestra. La dependencia entre respuestas atañe a otro supuesto.

2 La linealidad caracteriza el modelo de la teoría clásica (X = V + e); en la TRI la función que relaciona las puntuaciones empíricas y las verdaderas es curvilínea, habitualmente logística.

3 Un error típico común para toda la muestra es propio de la teoría clásica; la TRI lo sustituye por la función de información, que varía según el nivel en la variable medida.

4 Es el supuesto que se incumple cuando la respuesta a un ítem depende de las respuestas a otros.

DIFERENCIAS ENTRE LA TEORÍA CLÁSICA Y LA TRI (EXTRACTO DEL CUADRO DE MUÑIZ)

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.
Errores de medida.	Error típico de medida (común para toda la muestra).	Función de información (varía según el nivel en la variable medida).

Fuente: Muñiz (2018), cap. 7, pág. 204

Para fijarlo. Con θ fija, cada ítem va por su cuenta: la probabilidad del patrón completo es el producto de las probabilidades de cada ítem.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, págs. 192-193 y 204-205.

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

34

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes diseños de investigación es un diseño estructuralmente incompleto:

1. Diseño jerárquico. ✓
2. Diseño de bloques aleatorios.
3. Diseño de covarianza.
4. Diseño con grupo de control no equivalente.

El diseño jerárquico es estructuralmente incompleto

Balluerka y Vergara clasifican los diseños según haya o no unidades experimentales en todas las combinaciones de tratamientos. Cuando faltan en alguna con **justificación metodológica**, el diseño es **estructuralmente incompleto**, a diferencia de los accidentalmente incompletos. En ese grupo incluyen el **diseño jerárquico** o con variables anidadas, en el que los niveles de un factor (anidado) están representados en un solo nivel de otro, además de los de cuadrado latino y grecolatino intersujetos, los de **bloques incompletos** y los fraccionados. El jerárquico genera menos condiciones experimentales que combinaciones posibles entre los factores.

1. Es el primer ejemplo de diseño estructuralmente incompleto que da el manual: los niveles del factor anidado aparecen en un solo nivel del otro factor.
2. El diseño de bloques aleatorios se clasifica por su técnica de control (bloqueo simple) y es completo; los incompletos son los de bloques incompletos, que omiten determinados efectos factoriales.
3. El diseño de covarianza se define por el control estadístico mediante ajuste de variables perturbadoras, un criterio distinto del de configuración completa o incompleta.
4. El diseño con grupo de control no equivalente es cuasiexperimental y queda fuera de la clasificación del diseño experimental clásico de Balluerka y Vergara.

> **Trampa.** Bloques aleatorios y bloques incompletos comparten palabra, pero solo el segundo es estructuralmente incompleto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 4, tabla 4.1, págs. 25-26; cap. 8, pág. 190. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 6, apdo. 6.6.1.

EN EL ATLAS

Tema L4 · Diseños experimentales de grupos. Se estudia con Balluerka y Vergara (Ampliación).

35 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Atendiendo a las propuestas estructurales de la personalidad, el punto de partida del modelo de Cattell fue:

1 El análisis de los aspectos biológicos.

2 El análisis del lenguaje. ✓

3 El análisis del ambiente.

4 El análisis de la genética.

Cattell partió del análisis del lenguaje para hallar los rasgos de la personalidad

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que Cattell quería determinar **empíricamente** cuáles eran los rasgos fundamentales de la personalidad. Para obtener esos elementos estructurales partió del **análisis del lenguaje**, porque consideraba que el idioma, fruto de miles de años de evolución, dispone de palabras para cualquier cualidad; es lo que se conoce como **criterio léxico**. Se basó en el estudio de **Allport y Odbert**, que recopilaron 17.953 términos del diccionario Webster relativos a la personalidad, y aplicó el **análisis factorial** para descubrir los rasgos.

1 Cattell distinguió rasgos constitucionales, determinados biológicamente, de rasgos ambientales, pero su punto de partida fue el lenguaje. Vincular las dimensiones a procesos biológicos es lo propio del modelo causal de Eysenck.

2 Es el punto de partida que describe el manual: el criterio léxico.

3 El ambiente interviene en el origen de los rasgos ambientales, que se deben a la experiencia; no fue el punto de partida del modelo.

4 Cattell creó el procedimiento MAVA para estimar en qué grado los rasgos están determinados genética o ambientalmente, pero la genética no fue su punto de partida.

Para fijarlo. Si una cualidad importa, el idioma tiene una palabra para ella: esa es la apuesta del criterio léxico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apartados 3.3 a 3.5 (edición digital sin paginar).

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 46

36 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de los cinco grandes factores (Costa y McCrae, 1992), la persona buscadora de emociones/excitaciones tiende a ser también:

1 Gregaria o sociable, activa y asertiva. ✓

2 Impulsiva, sociable y desconfiada.

3 Competente, autodisciplinada y activa.

4 Cálida, impulsiva y activa.

La búsqueda de emociones es una faceta de la extraversión, como el gregarismo, la asertividad y la actividad

En el modelo de los cinco factores de Costa y McCrae, evaluado con el NEO-PI-R, cada factor se desglosa en seis facetas. La **búsqueda de emociones** (E5, búsqueda de estimulación y excitación) pertenece a la **extraversión**, junto con la cordialidad, el **gregarismo** (preferencia por estar en compañía de otros), la **asertividad** (tendencia a dominar a los demás), la **actividad** (necesidad de estar ocupado) y las emociones positivas. Por eso quien puntúa alto en búsqueda de emociones tiende a ser también sociable, activo y asertivo: las personas altas en extraversión son sociables, activas, habladoras, optimistas y amantes de las diversiones.

1. Gregarismo, actividad y asertividad son, como la búsqueda de emociones, facetas de la extraversión.
2. La impulsividad es una faceta del neuroticismo (N5), y la desconfianza se opone a la confianza (A1), faceta de la afabilidad.
3. Competencia (C1) y autodisciplina (C5) son facetas del tesón; solo la actividad pertenece a la extraversión.
4. La calidez y la actividad pertenecen a la extraversión, pero la impulsividad es una faceta del neuroticismo.

FACETAS DEL FACTOR EXTRAVERSIÓN EN EL NEO-PI-R

Faceta	Definición
E1. Cordialidad	capacidad para establecer vínculos con otros.
E2. Gregarismo	preferencia por estar en compañía de otros.
E3. Asertividad	se refiere a la tendencia a dominar a los demás.
E4. Actividad	refleja la necesidad de estar ocupado.
E5. Búsqueda de emociones	búsqueda de estimulación y excitación.
E6. Emociones positivas	tendencia a mostrar emociones positivas y optimismo.

Fuente: Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017), vol. I, cap. 5, apartado 3.1 (edición digital sin paginar)

Ojo. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán traducen la faceta E1 como «cordialidad»; en el cuadro 13.6 de Bermúdez (2011, pág. 613) aparece como «calidez».

Trampa. Las opciones 3 y 4 meten una faceta de extraversión (actividad, calidez) entre facetas de otros factores para que parezcan válidas.

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, apartado 3.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

37 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control Revisar

Respuesta correcta: 3

Entre las consecuencias o efectos posibles de la teoría de la reactancia (Brehm), NO se encuentra:

1 La restauración directa o ejecución de la conducta amenazada.

2 La restauración indirecta o por implicación.

3 La pérdida o disminución del atractivo de la conducta amenazada. ✓

4 La negación de la amenaza.

La reactancia aumenta el atractivo de la conducta amenazada

Según la teoría de la **reactancia** de Brehm, cuando se amenaza la libertad de una persona para realizar una conducta, se activa una reacción motivacional que la lleva a **restaurar su libertad**. Bermúdez describe varias vías: la **restauración directa** (realizar, a pesar de todo, la conducta amenazada), la **restauración indirecta** (una conducta equivalente o que demuestre por implicación que podría hacerla) y la vicaria (que otra persona la realice). También caben respuestas subjetivas: cambiar el atractivo de las alternativas, como los niños de Hammock y Brehm que sobreestimaban la golosina eliminada, o mostrar hostilidad hacia el agente amenazador. La reactancia **eleva**, por tanto, el valor de lo prohibido.

1 La restauración directa, realizar a pesar de todo la conducta amenazada, es uno de los efectos de la reactancia.

2 La restauración indirecta, mediante una conducta equivalente o que demuestre por implicación que se podría realizar la amenazada, también lo es.

3 Es lo contrario de lo que predice la teoría. En el estudio de Hammock y Brehm y en el de las amas de casa ante la prohibición de los detergentes con fosfatos, la alternativa eliminada o prohibida se sobrevaloraba.

4 El manual no recoge la negación de la amenaza entre los intentos de restaurar la libertad.

Ojo. La lista de Bermúdez (2011) incluye la restauración directa, la indirecta, la vicaria, el cambio del atractivo de las alternativas y la hostilidad hacia el agente amenazador, pero no la negación de la amenaza. La clave 3 se sostiene porque la reactancia aumenta el atractivo de lo amenazado; la opción 4 tampoco tiene apoyo en el corpus del Atlas, por lo que la pregunta queda como dudosa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 364-368.

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

38 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 3

Respecto de la necesidad de logro, señale la alternativa correcta:

1 Las personas con un nivel bajo de necesidad de logro prefieren las tareas de dificultad moderada.

2 Las personas con un nivel alto de necesidad de logro prefieren las tareas muy difíciles de resolver.

3 Las personas con necesidad de logro alta prefieren tareas de dificultad media. ✓

4 Las personas con necesidad de logro alta suelen elegir carreras universitarias de extrema dificultad.

Quien tiene alta necesidad de logro prefiere tareas de dificultad intermedia

La teoría de la motivación de logro de **Atkinson** predice que las personas con una tendencia predominante de **aproximación al éxito** prefieren tareas de **dificultad moderada**, en vez de muy fáciles (en las que todo el mundo puede tener éxito) o muy difíciles (en las que todos fracasan), porque así pueden probar mejor su competencia. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán lo explican con la satisfacción: ni las tareas muy fáciles ni las muy difíciles ofrecen muchas oportunidades de obtenerla. Las personas con una tendencia predominante de **evitación del fracaso**, en cambio, prefieren las tareas **muy fáciles o muy difíciles**.

1 Las personas con predominio de la evitación del fracaso prefieren las tareas muy fáciles, que aseguran no fracasar, o las muy difíciles, en las que el fracaso se justifica por la dificultad.

2 Las tareas muy difíciles son las que evita quien tiene alta necesidad de logro, porque el riesgo de fracaso es muy elevado.

3 Es la predicción de Atkinson: dificultad media o moderada.

4 Por la misma lógica, la dificultad extrema no es lo que buscan quienes tienen alta necesidad de logro.

Para fijarlo. Ni la tarea que todos aprueban ni la que todos suspenden: el motivado por el logro busca la que puede ganarse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, pág. 210. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 11 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS: Tema H14 · Motivación y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base) y Bermúdez 2017 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 59

39

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 4

Desde el modelo atribucional de Weiner, ¿qué tres dimensiones se contemplan?:

1. Distintividad, consistencia y consenso.
2. Estabilidad, globalidad e internalidad.
3. Intencionalidad, estabilidad y especificidad.
4. Locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad. ✓

Weiner clasifica las causas por locus, estabilidad y controlabilidad

Bermúdez presenta la teoría de **Weiner** como propuesta integradora de las adscripciones causales. Inicialmente clasificó las cuatro causas de Heider (capacidad, motivación, dificultad de la tarea y suerte) en dos dimensiones: el **locus de causalidad**, interno o externo, y la **estabilidad**, según la causa sea estable o pueda variar de unas situaciones a otras. Después incorporó una tercera, la **controlabilidad**, el grado en que la persona controla las causas de su conducta. Así, el esfuerzo y el estado de ánimo son internos e inestables, pero solo el esfuerzo es controlable (tabla 8.6).

1. Distintividad, consistencia y consenso son las fuentes de información del modelo de covariación de Kelley.
2. Internalidad, estabilidad y globalidad son las dimensiones atributivas de la reformulación de la indefensión aprendida.
3. La intencionalidad aparece en el manual solo para ilustrar la controlabilidad (el esfuerzo puede ser intencional), y la especificidad es el polo opuesto de la globalidad en la reformulación de la indefensión.
4. Son las tres dimensiones del modelo de Weiner.

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 tres opciones incorrectas son tríadas reales de otras teorías de la atribución recogidas en el mismo capítulo (Kelley y la indefensión reformulada), o mezclas de ellas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 352-353, 355-356 y 377-378.

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

40

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H6 · Diferencias intergrupales: edad y género

Respuesta correcta: 3

Al aumento de la media en las puntuaciones de cociente intelectual (CI) a medida que se suceden las generaciones, se le denomina:

1 Efecto Catell.

2 Efecto Horn.

3 Efecto Flynn. ✓

4 Efecto Stern.

El aumento generacional del CI se llama efecto Flynn

Sánchez-Elvira recoge el hallazgo de James R. Flynn, conocido por sus estudios sobre las **ganancias generacionales en inteligencia**: las puntuaciones de **CI**, en muestras de diferentes países, se incrementaban de una generación a otra. En su honor se llamó **efecto Flynn**. En 1987 estudió las puntuaciones de 14 países y observó un aumento de aproximadamente **tres puntos por década**, un resultado que después corroboraron otros autores. El manual lo relaciona con el **efecto Jensen** y con el debate sobre si esa ganancia supone un aumento real de la inteligencia general (factor g) o depende de otros factores.

1. Cattell es, con Horn, autor de la distinción entre inteligencia fluida y cristalizada; su nombre no designa el aumento generacional del CI.
2. Horn desarrolló con Cattell la teoría de la inteligencia fluida y cristalizada; tampoco da nombre a este fenómeno.
3. Es el nombre que recibe el aumento del CI de generación en generación.
4. William Stern fue quien primero reivindicó la identidad propia de la psicología diferencial; el manual no le atribuye ningún efecto generacional.

Trampa. Los cuatro nombres pertenecen a la historia de la inteligencia y aparecen en el mismo manual; solo uno da nombre a las ganancias generacionales.

Para fijarlo. Unos tres puntos de CI por década, de abuelos a nietos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 555; cap. 5, pág. 262; cap. 1, pág. 42.

EN EL ATLAS

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

41

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Señale qué capacidad/habilidad del modelo de inteligencia de Cattell-Horn-Carroll (CHC) evalúa, principalmente, el test de vocabulario del WISC-IV o WAIS-IV:

1. Inteligencia fluida.
2. Inteligencia cristalizada. ✓
3. Almacenamiento y recuperación a largo plazo.
4. Memoria a corto plazo.

El vocabulario de las escalas Wechsler mide sobre todo inteligencia cristalizada

Fernández-Ballesteros resume en el cuadro 9.3 las características de la inteligencia fluida y la cristalizada según Cattell (1971). La **inteligencia cristalizada (Gc)** se refleja en tareas que requieren el uso de **conocimientos adquiridos** con anterioridad, como la aritmética o el **vocabulario**; aumenta hasta los 20 años y luego se mantiene, y parece determinada por **influencias culturales**. La ficha del WISC-IV del apéndice describe la prueba de Vocabulario en la misma línea: pide definir vocablos de dificultad creciente y refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje y el **ambiente** de la persona.

1. La inteligencia fluida se relaciona con percibir relaciones complejas entre elementos simples (series, diseños con cubos, matrices, analogías); la medirían tests como el Raven o el G de Cattell.
2. Definir palabras exige conocimientos adquiridos, y el vocabulario es uno de los ejemplos de Gc del cuadro 9.3.
3. Definir palabras requiere recuperar lo aprendido, pero el apéndice presenta la prueba como reflejo del conocimiento acumulado (educación, aprendizaje y ambiente), y ninguna de las fuentes la asigna a la recuperación a largo plazo.
4. La memoria inmediata se evalúa con otras pruebas, como Dígitos, que mide la memoria auditiva inmediata, la atención y la resistencia a la distracción.

> **Ojo.** El cuadro 9.3 resume la teoría de Cattell sobre Gf y Gc; los manuales consultados no asignan cada test del WISC-IV a las aptitudes amplias del modelo CHC. La clave se apoya en que el vocabulario figura entre las tareas de Gc.

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; apéndice 1, sección 1.4 (WISC-IV), tabla 1.4.1, págs. 2-3.

EN EL ATLAS

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

42

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes autores defiende una estructura de la inteligencia NO jerárquica?:

1 Catell.

2 Vernon.

3 Carroll.

4 Guilford. ✓

Guilford concibió la inteligencia como un conjunto de aptitudes sin jerarquía

Sánchez-Elvira separa a los defensores de una inteligencia múltiple sin jerarquía de los modelos **jerárquicos**. **Guilford** rechazó la validez del factor g y propuso el **modelo cúbico de la estructura del intelecto**, con 120 aptitudes (150 tras su reformulación) que presentan el **mismo rango de generalidad**, de modo que en él no tiene cabida un factor general. Frente a él, Burt y **Vernon** defendieron una organización jerárquica pura, Cattell y Horn propusieron factores de segundo orden como la inteligencia fluida y la cristalizada, y **Carroll**, con su teoría de los tres estratos, integró las teorías estructurales en una jerarquía con g en la cúspide.

1. Cattell, junto con Horn, sitúa factores de segundo orden (inteligencia fluida y cristalizada) por encima de las aptitudes primarias, lo que da un modelo jerárquico.
2. Vernon, como Burt, defendió una organización jerárquica pura de las capacidades mentales, en cuatro niveles.
3. Carroll formuló la teoría de los tres estratos, una estructura jerárquica con el factor g en la cúspide.
4. Su modelo cúbico reúne aptitudes del mismo rango de generalidad, sin un factor general por encima.

Ojo. El manual matiza que Guilford reconoció más tarde (1980, 1981) el peso de la evidencia a favor de factores de orden superior, aunque le cuesta admitir niveles jerárquicos en la estructura de la inteligencia.

Para fijarlo. El cubo de Guilford no tiene tejado: 120 cubitos iguales y ningún factor g encima.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 222, 224, 240, 262 y 268.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

43

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 1

Respecto del programa de parentalidad (parenting) triple P positivo (Sanders) indique la respuesta FALSA:

1. El programa Triple P universal es un programa de prevención aplicado por profesionales de atención primaria. ✓
2. El programa Triple P estándar se administra de forma grupal o individual por profesionales de la salud mental.
3. El programa Triple P selectiva consta de 1 o 2 sesiones para problemas leves de conducta.
4. El programa Triple P aumentado se orienta al comportamiento disruptivo que se ve complicado por estresores familiares añadidos.

El triple P universal difunde contenidos por los medios de comunicación, sin profesionales de atención primaria

Fonseca-Pedrero describe el **triple P** de Sanders como un programa de parentalidad dividido en **cinco niveles** de intervención de menor a mayor intensidad. El **universal** es un programa de prevención basado en difundir contenidos a través de **medios públicos**, como los medios de comunicación. El selectivo consiste en una o dos sesiones guiadas para problemas leves de comportamiento; el de **atención primaria**, en cuatro sesiones que administran los trabajadores de atención primaria; el estándar se aplica de forma individual, grupal o dirigida a los padres por especialistas en salud mental, y el aumentado se dirige al comportamiento disruptivo complicado por **estresores familiares** añadidos.

1. Es la afirmación falsa. El nivel universal difunde contenidos por medios públicos; los trabajadores de atención primaria intervienen en el tercer nivel, el triple P de atención primaria.
2. Coincide con el manual: el estándar se administra de manera individual, grupal o dirigida a los padres por especialistas en salud mental.
3. Coincide con el manual: el selectivo consiste en una o dos sesiones guiadas para problemas leves de comportamiento infantil.
4. Coincide con el manual: el aumentado trata de reducir el comportamiento disruptivo que se ve complicado por estresores familiares añadidos.

LOS CINCO NIVELES DEL TRIPLE P (SANDERS, 1999)

Nivel	Descripción
Triple P universal	programa de prevención basado en difundir contenidos a través de medios públicos como los medios de comunicación
Triple P selectiva	una o dos sesiones guiadas para abordar problemas leves de comportamiento infantil
Triple P atención primaria	programa de intervención de parenting para la mejora de habilidades de intervención de cuatro sesiones, que se administra por los trabajadores de atención primaria
Triple P estándar	se administra de manera individual, grupal o dirigido directamente a los padres por los especialistas en salud mental
Triple P aumentado	trata de reducir el comportamiento disruptivo que se ve complicado por estresores familiares añadidos

Fuente: Fonseca-Pedrero (coord.) (2021), cap. 11, págs. 319-320

Trampa. La opción falsa traslada al nivel universal lo que el manual dice del nivel de atención primaria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, págs. 319-320.

EN EL ATLAS

Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

44 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Respecto del programa de tratamiento No Worries! (Holmes, 2014) para el trastorno de ansiedad generalizada, señale la respuesta FALSA:

1. Es un tratamiento grupal tanto para niños como para padres.
2. Incluye el aprendizaje de estrategias de control de la ansiedad como respiración y relajación muscular.
3. Es un tratamiento principalmente de enfoque cognitivo que trabaja entre otros aspectos la intolerancia a la incertidumbre, las creencias negativas sobre la preocupación y la evitación cognitiva.
4. Es una adaptación del tratamiento metacognitivo de Wells para la ansiedad generalizada en población infanto-juvenil. ✓

No Worries! es una TCC específica para el TAG infantil que el manual separa de la terapia metacognitiva

Fonseca-Pedrero presenta **No Worries!** (Holmes et al., 2014) como uno de los pocos tratamientos específicos para el **TAG infantil** evaluados en un ensayo controlado aleatorizado. Es un programa manualizado con componentes genéricos de TCC (psicoeducación, **relajación** con respiración controlada y relajación muscular progresiva, y el modelo ABC), pero la mayor parte se centra en las dificultades específicas del TAG: **intolerancia a la incertidumbre**, creencias negativas sobre la preocupación, orientación negativa del problema y evitación cognitiva. Es de enfoque cognitivo, se aplica **en grupo** en 10 sesiones semanales de 90 minutos, y los padres completan a la vez siete sesiones.

1. Coincide con el manual: los niños trabajan en grupo y los padres completan simultáneamente siete sesiones, más dos de refuerzo.
2. Coincide con el manual: entre sus componentes genéricos de TCC figura el entrenamiento en relajación, con respiración controlada y relajación muscular progresiva.
3. Coincide con el manual: es de enfoque cognitivo y trabaja la intolerancia a la incertidumbre, las creencias negativas sobre la preocupación y la evitación cognitiva.
4. Es la afirmación falsa. El manual presenta la terapia metacognitiva para niños (MCT-c; Esbjørn et al., 2018) como una línea de trabajo diferente, y No Worries! como un programa de TCC de enfoque cognitivo.

> **Trampa.** Las tres opciones verdaderas copian rasgos del programa; la falsa le atribuye un origen teórico, la terapia metacognitiva, que el manual trata aparte.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 454-456 y tabla 15.2.

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

45 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

El modelo de personalidad de Gray se caracteriza por:

1. Relacionar las dimensiones de impulsividad y ansiedad con una serie de mecanismos biológicos y con las recompensas y castigos que siguen a la conducta. ✓
2. Combinar conceptos cognitivos y biológicos para describir el rendimiento cognitivo según las diferencias individuales en personalidad.
3. Analizar el nivel de activación cerebral en relación a los superfactores de psicoticismo, extraversión y neuroticismo.
4. Relacionar las diferencias individuales en extraversión con el rendimiento en determinadas tareas experimentales.

Gray liga la impulsividad y la ansiedad a los sistemas BAS y BIS y a la sensibilidad a premios y castigos

Sánchez-Elvira presenta el modelo de Jeffrey Gray como alternativa al de Eysenck. Gray propone dos dimensiones, **ansiedad** e **impulsividad**, que resultan de combinar las de Eysenck: la ansiedad une introversión e inestabilidad emocional, y la impulsividad, extraversión e inestabilidad. Cada una se apoya en un centro de control del sistema nervioso central: el **sistema de activación conductual (BAS)**, base de la impulsividad y de la aproximación, y el **sistema de inhibición conductual (BIS)**, base de la ansiedad y de la evitación. En el plano conductual, lo decisivo es la sensibilidad a dos tipos de estímulos, los **refuerzos y los castigos**.

1. Resume el modelo: dos dimensiones (impulsividad y ansiedad), dos sistemas biológicos (BAS y BIS) y la sensibilidad a refuerzos y castigos.
2. El manual presenta el modelo de Gray como una teoría de sistemas neurofisiológicos y de sensibilidad a refuerzos y castigos, no como un modelo del rendimiento cognitivo.
3. Relacionar el nivel de activación con psicoticismo, extraversión y neuroticismo corresponde al modelo PEN de Eysenck: arousal cortical para la extraversión, activación del sistema límbico para el neuroticismo y bases hormonales para el psicoticismo.
4. Relacionar la extraversión con el rendimiento en tareas es otra derivación del modelo de Eysenck: los extravertidos, con bajo arousal cortical, rinden peor en tareas monótonas y repetitivas.

Para fijarlo. El BAS empuja hacia el premio y el BIS frena ante el castigo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 355-360. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apartado 4.8 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

46

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 4

Respecto de la técnica del diferencial semántico de Osgood y colaboradores, señale la opción FALSA:

1. Se sustenta en una teoría mediacional de corte neoconductista.
2. El significado denotativo hace referencia al contenido objetivo de un concepto.
3. El formato de respuesta más apropiado son las escalas de siete intervalos de respuesta.
4. Una de las instrucciones fundamentales a la hora de responder es que no se responda de manera rápida en función de la primera impresión. ✓

El diferencial semántico pide responder con rapidez para recoger la primera impresión

El **diferencial semántico** de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) se sustenta en la teoría mediacional de estos autores, de corte neoconductista. Moreno Rosset distingue un significado **denotativo**, que provoca la misma respuesta en todos los sujetos porque hace referencia al contenido objetivo del concepto, y otro **connotativo**, que depende de la interpretación subjetiva de cada uno. Según Osgood, el formato más apropiado son las escalas bipolares de **siete intervalos**. Entre las instrucciones de aplicación figura indicar que la actitud al responder debe ser hacerlo **con rapidez**, de manera que se recoja la primera impresión del individuo. La opción 4 pide lo contrario y por eso es la falsa.

1. Es cierta. El manual dice que el instrumento se sustenta en la teoría mediacional de sus autores, de corte neoconductista, que propone procesos intermedios encubiertos entre estímulos y respuestas (pág. 324).
2. Es cierta. El significado denotativo provoca la misma respuesta en todos los sujetos porque hace referencia al contenido objetivo del concepto; el connotativo depende de factores afectivos y de las experiencias previas de cada individuo (pág. 324).
3. Es cierta. Osgood y cols. (1957) consideran más apropiadas las escalas bipolares de siete intervalos, porque constataron que los sujetos usan las siete alternativas con una frecuencia aproximada (pág. 325).
4. Es la falsa. Las instrucciones deben indicar que se responda con rapidez, para que se pueda recoger la primera impresión (págs. 325-326).

Trampa. El enunciado pide la falsa, y la opción 4 convierte en negación («que no se responda de manera rápida») una instrucción del manual.

Para fijarlo. Osgood quiere la primera impresión, así que el sujeto marca sus siete casillas sin pararse a pensar.

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. 324-326.

EN EL ATLAS: Tema E7 · Las técnicas subjetivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 29

47 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 2

En la evaluación psicológica, ¿qué nivel de inferencia de la respuesta se apoya en el supuesto de relación o correlato por el cual lo evaluado pudiera asociarse con otras conductas?:

1 Nivel I.

2 Nivel II. ✓

3 Nivel III.

4 Nivel IV.

El nivel II de inferencia trata lo evaluado como correlato de otras conductas asociadas

Fernández-Ballesteros recoge, a partir de Sundberg, Tyler y Taplin (1973), **cuatro niveles de inferencia** en la consideración de las respuestas que un sujeto emite ante cualquier dispositivo de evaluación. En el **nivel I** la conducta es una **muestra** del comportamiento que se quiere evaluar. El **nivel II** se apoya en un supuesto de relación o **correlato** por el cual lo evaluado pudiera asociarse con otras conductas, como cuando se llama «depresión» a un conjunto de conductas que aparecen asociadas. En el nivel III ese conjunto se convierte en una entidad explicativa y la conducta pasa a ser **signo** de un constructo hipotético. En el nivel IV el concepto inferido se integra en una teoría completa.

1. En el nivel I la conducta se entiende como muestra del comportamiento que se pretende evaluar, con un mínimo de inferencia, como al registrar durante 15 días que un niño moja la cama todas las noches.
2. Es la definición que el manual da del nivel II (págs. 42-43).
3. En el nivel III el conjunto de conductas que covarían se convierte en una entidad explicativa, de modo que la persona tiene retardo psicomotor porque está deprimida.
4. El nivel IV difiere del III en que integra el concepto inferido en una teoría completa, como al interpretar un intento de suicidio como expresión de impulsos tanáticos dirigidos contra sí mismo.

NIVELES DE INFERENCIA (A PARTIR DE SUNDBERG, TYLER Y TAPLIN, 1973) SEGÚN FERNÁNDEZ-BALLESTEROS

Nivel	Cómo se considera la respuesta	Ejemplo del manual
Nivel I	La conducta del sujeto es entendida como muestra del comportamiento que se pretende evaluar	Un niño moja la cama todas las noches a lo largo de 15 días
Nivel II	Supuesto de relación o correlato por el cual lo evaluado pudiera asociarse con otras conductas	El término «depresión» denomina un conjunto de conductas que se ven asociadas
Nivel III	El conjunto de conductas que covarían se convierte en una entidad explicativa; la conducta es signo de un constructo hipotético	La persona tiene retardo psicomotor porque está deprimida
Nivel IV	Integración del concepto inferido en una completa teoría	Un sujeto comete un intento de suicidio y de ello se infiere que «los impulsos tanáticos los ha dirigido contra sí mismo»

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 1, apdo. 4.4, págs. 42-43

Para fijarlo. Los cuatro niveles suben de la muestra al correlato, del correlato al signo y del signo a la teoría.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, apdo. 4.4, págs. 42-43.

EN EL ATLAS

Tema E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

48

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Entre los factores o rasgos establecidos por el modelo de la personalidad de Guilford, ¿cuál se considera un factor primario?:

1 Objetividad. ✓

2 Disposición paranoide.

3 Extraversión.

4 Independencia.

La objetividad figura entre los trece factores primarios de Guilford

En el cuadro 9.6, Fernández-Ballesteros resume los factores de los modelos de la personalidad basados en rasgos. **Guilford** estudia factores temperamentales y establece **13 primarios** y básicos, cuatro secundarios y uno global, la salud emocional. Entre los primarios figura la **objetividad**, junto a la actividad general, la ascendencia, la sociabilidad, el retraimiento o la disposición cicloide. Sus cuatro **factores secundarios** son la actividad social, la introversión/extraversión, la estabilidad emocional y la **disposición paranoide**. La **independencia** está en la columna de Cattell, entre sus factores secundarios.

1. Es uno de los 13 factores primarios de Guilford en el cuadro 9.6.
2. La disposición paranoide es uno de los cuatro factores secundarios de Guilford.
3. La introversión/extraversión es también un factor secundario en Guilford. La extraversión es, además, factor secundario de Cattell y superfactor de Eysenck.
4. La independencia aparece entre los factores secundarios de Cattell, en otra columna del mismo cuadro.

Ojo. Moreno Rosset, Base del tema, da otra cifra para Guilford: al comparar las taxonomías dice que la de Guilford y Zimmerman (1949) establece 10 factores, frente a los 16 de Cattell, los ocho de Comrey y los tres superfactores de Eysenck (cap. 13, pág. 452). La pregunta sigue el cuadro de Fernández-Ballesteros, con 13 primarios y cuatro secundarios.

Trampa. Dos distractores son factores de Guilford, pero de segundo orden, y el tercero pertenece a Cattell, así que hay que fijarse a la vez en el nivel y en el autor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 5.2.1, cuadro 9.6, págs. 322-323. 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.

EN EL ATLAS

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

49 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 3

El aparato “Omega” es un instrumento de evaluación que se incluye dentro de las técnicas:

1. Perceptivas.
2. Cognitivas.
3. Motoras. ✓
4. Estructurales.

El aparato Omega mide la disociación de movimientos entre ambas manos

Fernández-Ballesteros clasifica las **técnicas objetivas** según el tipo de respuesta que evalúan. En el **cuadro 8.1** las agrupa en perceptivas (percepción táctil, auditiva y visual), **motoras** (coordinación óculo-manual y bimanual) y **cognitivas** (atención, vigilancia, aprendizaje y memoria). El **Omega** figura entre las motoras. Es un aparato dirigido a medir la **disociación de movimientos entre ambas manos**, compuesto por una placa metálica con una ranura en forma de omega y un pivote central que se desplaza mediante dos mandos independientes, y el sujeto debe hacer el recorrido sin tocar los bordes. El cuadro le asigna usos en problemas neurológicos, temblores y baterías de conductores.

1. Las técnicas perceptivas evalúan la percepción táctil, auditiva o visual con instrumentos como el estesiómetro, el sonómetro o el aparato de percepción de la profundidad.
2. Las cognitivas del cuadro evalúan atención, vigilancia, aprendizaje y memoria con aparatos como el polirreactígrafo o el taquistoscopio.
3. El Omega aparece entre las técnicas motoras de coordinación óculo-manual y bimanual (pág. 281).
4. «Estructurales» no es una de las categorías con que el manual clasifica las técnicas objetivas.

Para fijarlo. Dos mandos, dos manos y una ranura que no hay que tocar, y eso es coordinación motora.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 3, cuadro 8.1, págs. 279-281.

EN EL ATLAS: Tema E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

50

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Qué batería de inteligencia evalúa los procesos cognitivos con las siguientes subescalas: procesamiento simultáneo, procesamiento sucesivo y conocimientos?:

1. La Batería de evaluación para niños de Kaufman y Kaufman (K-ABC). ✓
2. El Cognitive Assessment System (CAS) de Naglieri y Das.
3. La Escala de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV).
4. La Escala McCarhy de aptitudes y psicomotricidad (MSCA).

El K-ABC distingue procesamiento simultáneo, procesamiento sucesivo y conocimientos

Las **escalas de Kaufman** miden la inteligencia entendida por sus autores como estilo individual de resolver problemas y procesar información, y se apoyan en la teoría de Luria y en el procesamiento de la información. Por eso, según Fernández-Ballesteros, el **K-ABC** diferencia entre tareas de **procesamiento simultáneo**, tareas de **procesamiento sucesivo** y **conocimientos**. El cuadro 9.2 lo describe como inteligencia general según esas tres subescalas, de 2,6 a 12,5 años. El área secuencial se basa en el orden temporal de presentación de los estímulos, y la simultánea exige integrarlos en una representación, a menudo espacial. Ambas y su combinación se consideran próximas a la **inteligencia fluida**.

1. Son las tres subescalas del K-ABC en el cuadro 9.2 (pág. 314).
2. El CAS de Naglieri y Das, basado en el modelo PASS, se compone de cuatro escalas, planificación, procesamiento simultáneo, atención y procesamiento sucesivo, sin una escala de conocimientos (Forns y Amador, figura 15.2).
3. El WPPSI-IV se organiza en índices como comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (Moreno Rosset, pág. 438).
4. La McCarthy (MSCA) mide la inteligencia general según seis subescalas, entre ellas la perceptivo-manipulativa, la numérica, la de memoria y la de motricidad (pág. 314).

Trampa. El CAS comparte con el K-ABC el procesamiento simultáneo y el sucesivo, porque ambos parten de Luria. La palabra que decide es «conocimientos», que solo tiene el K-ABC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.2, págs. 314-315. Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 1, figura 15.2. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 438.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación) y Moreno Rosset 2005 (Consulta).

51

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

Según la "Regla de las tres D" respecto de la observación directa, cuando segmentamos comportamientos observables en unidades precisas ¿cómo deben ser dichas unidades?:

1. Directas, definibles y determinadas.
2. Delimitables, denominables y definibles. ✓
3. Divisibles, distinguibles y diferenciables.
4. Delimitables, denominables y determinadas.

La regla de las tres D pide unidades delimitables, denominables y definibles

Para definir las unidades de observación, el observador debe segmentar los comportamientos en **unidades precisas**, referidas a respuestas concretas y específicas y no a conceptos genéricos como depresión o ansiedad, que admiten interpretaciones diversas. Moreno Rosset explica que, en la **observación directa**, esa segmentación se facilita con la **regla de las tres D** (Anguera e Izquierdo, 2006). Las unidades deben ser **delimitables**, con un inicio y un final claros; **denominables**, de modo que se pueda poner nombre a cada una, y **definibles**, para poder describir en qué consiste. En la observación indirecta, las unidades textuales se delimitan con criterios ortográficos, sintácticos, contextuales o interlocutorios.

1. «Directas» y «determinadas» no forman parte de la regla; de las tres D del manual solo coincide «definibles».
2. Son las tres D que recoge el manual (pág. 255).
3. Divisibles, distinguibles y diferenciables suenan plausibles, pero ninguno de los tres términos pertenece a la regla.
4. Acierta con delimitables y denominables, pero cambia la tercera D, que en el manual es definibles, es decir, que se pueda describir en qué consiste la unidad.

Trampa. La opción 4 copia dos de las tres D y sustituye la tercera por otra palabra que también empieza por D.

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, pág. 255.

EN EL ATLAS

Tema E5 · La observación sistemática. Se estudia con Moreno Rosset (Ampliación).

52

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Señale la respuesta correcta con respecto a la entrevista motivacional:

1. Es una entrevista que comparte objetivos de evaluación e intervención al mismo tiempo. ✓
2. Originalmente se utilizó para la evaluación de la depresión.
3. Se basa en cuatro principios generales entre los que se encuentra fomentar la discusión directa de la resistencia.
4. Incluye habilidades como la directividad, a través de preguntas cerradas.

La entrevista motivacional prepara la evaluación y es a la vez una intervención breve

Fonseca-Pedrero describe la **entrevista motivacional** (EM) como un modelo de **intervención breve**, de 2 a 8 sesiones, colaborativa, **directiva** y centrada en la persona, para promover y fortalecer la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 2009). En sus recomendaciones para el tratamiento de las conductas adictivas en jóvenes aconseja usar estrategias de EM antes de comenzar el tratamiento, con el fin de facilitar la retención y el compromiso del menor con el posterior **proceso de evaluación** biopsicosocial e intervención. Por eso sirve a la vez a objetivos de evaluación y de intervención. El manual la sitúa en el tratamiento de las **adicciones**, le atribuye cinco principios y le asigna **preguntas abiertas**.

1. El manual recomienda la EM antes del tratamiento para favorecer el compromiso con la evaluación y la intervención posteriores, y la presenta también como intervención breve (págs. 671 y 679).
2. El manual presenta la EM como uno de los enfoques principales en el tratamiento de los problemas adictivos (pág. 690). Nada en él la vincula a la evaluación de la depresión.
3. Los principios son cinco, expresar empatía, trabajar las discrepancias, evitar la argumentación, lidiar con la resistencia y apoyar la autoeficacia (pág. 705). Fomentar la discusión directa de la resistencia choca con el de evitar la argumentación.
4. La EM es directiva, pero entre sus estrategias está el uso de preguntas abiertas frente a preguntas cerradas, porque facilitan diálogos que evocan el cambio (pág. 671).

Ojo. La obra de referencia de la EM (Miller y Rollnick, 2015) no está en el corpus del Atlas. La respuesta se apoya en Fonseca-Pedrero, que liga la EM al proceso posterior de evaluación e intervención y la describe como intervención breve.

Trampa. La opción 4 mezcla un rasgo verdadero (la EM es directiva) con uno falso (las preguntas cerradas).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 21, págs. 670-671, 679 y 690; cap. 22, pág. 705.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación). Fonseca I/A es Ampliación del tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 137, PIR 2024 · n.º 91

53 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo Revisar

Respuesta correcta: 4

Existen diferentes pruebas de aprovechamiento escolar que pueden clasificarse según el continuo de especificidad-generalidad de la experiencia evaluada. De las siguientes, señale el tipo de pruebas que evalúan con mayor grado de especificidad:

1 Test de aptitud e inteligencia de tipo verbal.

2 Test transculturales de inteligencia.

3 Pruebas de desempeño sin lenguaje.

4 Pruebas de aprovechamiento de orientación amplia. ✓

Las pruebas de aprovechamiento de orientación amplia son las más específicas de las cuatro

La pregunta procede de Anastasi y Urbina, que no están en el corpus del Atlas. Según el comentario de referencia, las **pruebas de aprovechamiento** miden los efectos de conjuntos relativamente estandarizados de experiencias, como un curso, mientras que un **test de aptitud** refleja la influencia acumulativa de una multiplicidad de experiencias de la vida diaria, en condiciones poco controladas. Los tests de habilidades desarrolladas pueden ordenarse por la **especificidad de la experiencia** que suponen, y en ese continuo las pruebas de aprovechamiento quedan del lado específico. De las cuatro opciones, las de **aprovechamiento de orientación amplia** son las más específicas, porque las otras tres son tests de inteligencia o aptitud, más próximos al extremo general.

1. Los tests de aptitud e inteligencia verbales reflejan experiencias más generales y menos controladas que las de un programa de instrucción.
2. Los tests transculturales de inteligencia son tests de inteligencia y, como los de aptitud, reflejan experiencias más generales que las de una prueba de aprovechamiento.
3. Las pruebas de desempeño sin lenguaje son tests de inteligencia, más generales que cualquier prueba de aprovechamiento.
4. Son pruebas de aprovechamiento y, por tanto, las que suponen una experiencia más específica de las cuatro.

Ojo. Ni Anastasi y Urbina ni la figura del continuo de especificidad están en el corpus. Fernández-Ballesteros, Moreno Rosset y los manuales de psicometría del Atlas no tratan esta clasificación. La explicación se apoya solo en el comentario de referencia y no se ha podido comprobar la página.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Anastasi, A. y Urbina, S. (2000). Tests psicológicos. Prentice Hall. Pág. 476 (sin comprobar; la obra no está en el corpus del Atlas).

EN EL ATLAS: Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo.

54

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

En los test gráficos, como ejemplo de técnicas proyectivas, ¿mediante qué rasgo o aspecto gráfico del dibujo se puede llegar a concluir sobre la persona evaluada su tendencia a la fantasía, a la imaginación, al mundo de las ideas, en definitiva, su tendencia a buscar satisfacciones en el área de la fantasía más que en la realidad?:

1 El tamaño.

2 La proyección.

3 El emplazamiento. ✓

4 La presión del trazo.

Un dibujo situado en la parte superior del papel sugiere tendencia a la fantasía

La **tabla 11.2** de Moreno Rosset recoge los aspectos gráficos que pueden analizarse e interpretarse en cualquier test de dibujo. El **emplazamiento** es el lugar donde se sitúa el dibujo en relación con la página, y el papel representa el **espacio vital** de la persona. Cuando el dibujo ocupa la **parte superior del papel**, la tabla lo asocia a tendencia a la fantasía, a la imaginación y al mundo de las ideas, a inseguridad y dificultades de adaptación a la realidad, y a la tendencia a buscar satisfacciones en el área de la fantasía más que en la realidad. El **tamaño**, la **proyección** y la presión de los trazos tienen otros significados en la misma tabla.

1. El tamaño está asociado al autoconcepto o a la autoestima y al nivel de energía; un dibujo grande indica tendencia a la expansión, a ser visto y tenido en cuenta.
2. La proyección se refiere hacia dónde se dirige el dibujo; orientado a la izquierda indica introversión y distanciamiento, y a la derecha, extroversión.
3. La tendencia a la fantasía corresponde al emplazamiento en la parte superior del papel (pág. 401).
4. La presión de los trazos expresa el nivel energético; el trazo fuerte se asocia a asertividad y fuerza, y el débil a timidez e inhibición (pág. 402).

TABLA 11.2. ASPECTOS GRÁFICOS QUE SE PUEDEN ANALIZAR E INTERPRETAR EN LOS DIFERENTES TEST DE DIBUJO (FILAS DE TAMAÑO, PROYECCIÓN, EMPLAZAMIENTO Y PRESIÓN DE LOS TRAZOS)

Rasgo o aspecto gráfico		Significado
Tamaño. Está asociado al autoconcepto o a la autoestima, al nivel de energía. Informa de la relación de la persona con su ambiente	Grande (2/3 de la página)	Tendencia a la expansión, de ser visto y tenido en cuenta. Generosidad, extroversión. Si ocupa más espacio, puede indicar autoestima inflada, personalidad defensiva y agresiva.
	Pequeño (menos del 1/3 del papel)	Poco nivel de expansión, retracción desvalorizante. Timidez. Sentimiento de inferioridad, inseguridad, inadecuación e inhibición de impulsos. Tendencia a la restricción.
	Medio	Buena adaptación, equilibrio en cuanto a extraversión e introversión.
Proyección. Se refiere hacia donde se dirige el dibujo	Orientación a la izquierda	Introversión y distanciamiento de los demás.
	Orientación a la derecha	Extroversión, capacidad para tomar decisiones, facilidad para la comunicación.
Emplazamiento. Lugar donde se sitúa el dibujo en relación a la página. El papel representa el espacio vital de la persona.	Parte superior del papel	Tendencia a la fantasía, a la imaginación, al mundo de las ideas. Inseguridad, dificultades de adaptación a la realidad, tendencia a buscar satisfacciones en el área de la fantasía más que en la realidad. Alegría, optimismo, energía. Necesidad de escapar de la realidad.
	Parte inferior del papel	Necesidad de seguridad y estabilidad interna. Orientación a la realidad. Tristeza, depresión.
	Parte central del papel	Realismo. Objetividad y control de impulsos. Equilibrio y armonía con el entorno. Capacidad para afrontar los acontecimientos. Adecuada ubicación en el propio yo, en la propia realidad.
	Parte derecha del papel	Extroversión, con miras al futuro, a las metas personales, a lo desconocido. Necesidad de alejarse del pasado, de crecer, progresar y avanzar. Representa la zona del padre.
	Parte izquierda del papel	Introversión e inhibición. Referencias al pasado. El origen, las raíces, la madre. Dependencia, necesidad de protección. Miedo a crecer, a avanzar.
Presión de los trazos. Expresa el nivel energético de los individuos	Trazo fuerte	Asertividad, tendencias agresivas, impulsivas. Fuerza, vitalidad. Seguridad, extroversión. Capacidad de liderazgo.
	Trazo débil	Timidez, inhibición, represión, depresión y bajo nivel energético. Debilidad.

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 11, tabla 11.2, págs. 401-402

Para fijarlo. Arriba del papel quedan las ideas y la fantasía; abajo, la necesidad de seguridad y de suelo firme.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, tabla 11.2, págs. 401-402.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

55 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 4

Señale la opción correcta sobre la obtención de evidencias de validez de los test psicológicos:

1 Las evidencias sobre estructura interna se recogen mediante análisis factoriales y pueden realizarse desde la teoría de respuesta al ítem (TRI).

2 Las evidencias basadas en el contenido se recogen mediante análisis de temas, palabras, y formatos de los ítems, y pueden realizarse desde la teoría de respuesta al ítem (TRI).

3 Las evidencias de generalidad se recogen mediante análisis de consistencia y pueden realizarse desde la teoría de respuesta al ítem (TRI), desde la teoría clásica de los test (TCT), y desde la teoría conductual.

4 Las evidencias basadas en la relación con otras variables se recogen mediante modelos estructurales y pueden realizarse desde la teoría clásica de los test (TCT). ✓

Las evidencias de relación con otras variables se obtienen con modelos estructurales desde la TCT

Con el concepto unificado de validez, los procedimientos para recoger evidencias proceden de perspectivas teóricas distintas. El **cuadro 4.2** de Fernández-Ballesteros asigna a cada tipo de evidencia sus procedimientos empíricos y su **teoría base**. Las **evidencias basadas en la relación con otras variables** se obtienen con evidencias convergentes y discriminantes, **modelos estructurales**, la red nomológica y la exactitud, desde la **TCT** y la **TRI**. La opción 4 recoge un procedimiento y una teoría de esa fila, así que es correcta. Las otras tres atribuyen a una evidencia una teoría o un procedimiento que el cuadro no le asigna.

1 La estructura interna se estudia con análisis factoriales y de consistencia, pero el cuadro solo le asigna la TCT como teoría base.

2 El análisis de temas, palabras y formatos de los ítems sí corresponde a las evidencias de contenido, pero su teoría base es la TCT y la conductual.

3 Las evidencias de generabilidad, como las llama el cuadro, se recogen con la correlación con criterios, la precisión y la exactitud. El análisis de consistencia pertenece a la estructura interna.

4 Coincide con el cuadro, que para esta evidencia cita los modelos estructurales y la TCT, además de la TRI.

CUADRO 4.2. PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y TEORÍA BASE DESDE LA QUE PUEDEN LLEVARSE A CABO

Tipo de evidencia	Procedimiento empírico	Teoría base
Evidencias basadas en el contenido	Análisis de temas, palabras y formatos de los ítems y/o códigos conductuales. Instrucciones para aplicadores u observadores. Métodos de muestreo. Directrices de administración y puntuación	TCT. Conductual
Evidencias basadas en los procesos de respuesta	Análisis de los procesos de respuesta. Datos que muestran que el sujeto responde utilizando procesos adecuados. Métodos de entrenamiento para eliminar sesgos en los observadores	TCT. Conductual
Evidencias sobre la estructura interna	Análisis factoriales. Análisis de consistencia	TCT
Evidencias de generabilidad	Correlación con criterios. Precisión. Exactitud	TCT. TRI. Conductual
Evidencias basadas en la relación con otras variables	Evidencias convergentes y discriminantes, modelos estructurales. Red nomológica. Exactitud	TCT. TRI
Evidencias sobre las consecuencias	Consecuencias para el evaluado. Sensibilidad, especificidad, poder predictivo y utilidad	TCT. Conductual

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 4, cuadro 4.2, pág. 141

Trampa. Cada distractor toma un procedimiento real del cuadro y lo une a una teoría o a una evidencia que no le corresponde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, cuadro 4.2, pág. 141.

EN EL ATLAS
Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

56

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 4

¿Qué tipo de escala se aplica cuando dada una lista de adjetivos se le pide al evaluado/a que considere, en cada uno de los adjetivos que se presentan, si son aplicables o no a la característica evaluada?:

1 Escala de intensidad.

2 Escala de orden.

3 Escala de elección no forzada.

4 Escala acumulativa. ✓

En la escala acumulativa el evaluado señala todos los adjetivos que considera aplicables

Las **listas de adjetivos** se presentan al evaluado para que determine si pueden aplicarse a una persona, a objetos o a situaciones. Moreno Rosset, siguiendo a Fernández-Ballesteros (2000), describe cinco formatos de respuesta. En las **escalas acumulativas** se pide al sujeto que considere, en cada adjetivo, si es aplicable o no a la característica evaluada, y que señale todos los que considere aplicables. Las **escalas de intensidad** piden cuantificar la intensidad o la frecuencia con que se aplica cada adjetivo; las **escalas de orden**, ordenarlos según el grado en que describen la característica; las de **elección forzada**, elegir un adjetivo de cada pareja, y las gráficas, escoger el más aplicable de una gradación.

1 En la escala de intensidad el sujeto cuantifica con qué intensidad o frecuencia es aplicable cada adjetivo, en vez de decir solo si se aplica o no (pág. 318).

2 En la escala de orden el sujeto ordena todos los adjetivos de menor a mayor según el grado en que describen la característica (pág. 318).

3 El manual describe escalas de elección forzada, en las que se elige un adjetivo de cada pareja. Una «escala de elección no forzada» no figura entre los formatos que recoge (pág. 318).

4 Es la definición de las escalas acumulativas (pág. 318).

Trampa. La opción 3 cambia el nombre de un formato real, la elección forzada, para que suene a la respuesta libre de la escala acumulativa.

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. 317-318.

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

57 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 1

En el marco de los registros observacionales e instrumentos de observación, señale a qué prototipo de registro de observación nos referimos si en una tabla, en las columnas, se registran los niveles de respuesta y en las filas las unidades de conducta o textuales:

1 Registro semisistematizado. ✓

2 Registro narrativo.

3 Registro de interacción.

4 Registro de apreciación.

Una tabla con niveles de respuesta en columnas y unidades en filas es un registro semisistematizado

Moreno Rosset distingue cuatro grandes **prototipos de registro**, narrativo, descriptivo, semisistematizado y sistematizado, además de otros como las matrices de interacción, las escalas de apreciación y los autorregistros. Los **registros semisistematizados** admiten distintos grados de sistematización. Los más habituales son un registro todavía de tipo texto, pero segmentado en unidades, y una **tabla** formada por **columnas** con los niveles de respuesta (o criterios o dimensiones) y **filas** con las unidades de conducta o textuales. El primero transforma párrafos en frases y el segundo, frases en términos, en un proceso que continúa hasta el **registro sistematizado**.

1 Es la segunda de las formas habituales del registro semisistematizado (pág. 261).

2 El registro narrativo se usa en la etapa de observación pasiva o precientífica; es de tipo textual y su calidad informativa es muy baja (pág. 260).

3 Las matrices de interacción sirven para observar la relación funcional entre conductas emitidas por distintas personas o grupos, con sus antecedentes y consecuentes (pág. 263).

4 Las escalas de apreciación se usan cuando la conducta observada tiene un atributo de intensidad que implica una escala ordinal (pág. 264).

Para fijarlo. Del texto narrado a la tabla y de la tabla al código, cada paso sistematiza un poco más el registro.

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, apdo. 5.1, págs. 260-264.

EN EL ATLAS

Tema E5 · La observación sistemática. Se estudia con Moreno Rosset (Ampliación).

58 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 1

En las técnicas de evaluación narrativa, ¿qué fase NO forma parte del análisis textual de una narración o texto?:

1 Detección de macroestructuras. ✓

2 Generación de síntesis discursiva.

3 Análisis de coherencias.

4 Análisis de las redundancias.

El análisis textual de una narración empieza por detectar microestructuras

Moreno Rosset explica que el análisis textual busca llegar al **discurso**, la macroproposición o matriz discursiva que la persona quiere comunicar, a partir del texto, que está compuesto por **microestructuras**. Una microestructura es cualquier agrupación de frases fuertemente cohesionadas que hablan del mismo tema, es decir, una unidad de redundancia. El análisis sigue **cuatro fases**: la **detección de microestructuras**, el análisis de la **redundancia**, el análisis de la **coherencia** y la generación de la síntesis discursiva. La macroproposición es el punto de llegada del análisis, y ninguna de las fases consiste en detectar macroestructuras.

1 La primera fase es la detección de microestructuras; la macroproposición es lo que se reconstruye al final del análisis (pág. 366).

2 Es la cuarta fase. Con los indicadores de coherencia se compone una síntesis de los vínculos entre temas, que refleja la visión profunda sobre el mundo que tiene la persona (pág. 368).

3 Es la tercera fase. Se entiende por coherencia la redundancia entre microestructuras diferentes (pág. 367).

4 Es la segunda fase. El tema de un discurso se construye mediante la redundancia, que es la cohesión lexical dentro de una microestructura (pág. 367).

Trampa. La opción 1 cambia «micro» por «macro» en el nombre de la primera fase.

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. 10, apdo. 6.2, págs. 366-368.

EN EL ATLAS

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

59 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática Anulada

Anulada

En la evaluación clínica, ¿cuál de las siguientes estrategias es útil para minimizar los efectos de la reactividad de un sujeto al ser observado?:

1 Maximizar la interacción entre el observador y el sujeto.

2 Motivar al sujeto para que actúe de la forma más natural.

3 Utilizar un único sistema de observación.

4 Usar observadores no participantes, siempre que sea posible.

La pregunta sobre cómo reducir la reactividad a la observación se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; según el comentario de referencia, la clave provisional era la 2. Fernández-Ballesteros recoge seis recomendaciones para minimizar o controlar la **reactividad**. Entre ellas están minimizar la interacción observador-sujeto, pedir a los sujetos que actúen de la forma más natural posible e incrementar su motivación para que así lo hagan, y utilizar distintos sistemas de observación y diferentes observadores. La lista empieza recomendando **observadores participantes** siempre que sea posible. Sin embargo, al tratar los grados de participación, el manual dice que la observación con un **observador no participante** suele minimizar los efectos de la reactividad, aunque no siempre. Con ese texto, la opción 2 y la 4 tienen apoyo en el mismo capítulo.

1 El manual recomienda lo contrario, minimizar la interacción observador-sujeto (pág. 222).

2 Clave provisional. Pedir a los sujetos que actúen con naturalidad e incrementar su motivación para ello es una de las recomendaciones del manual (pág. 222).

3 El manual recomienda utilizar distintos sistemas de observación y diferentes observadores, lo que permite estudiar la validez de los resultados (pág. 222).

4 La lista de recomendaciones habla de observadores participantes, pero el apartado sobre grados de participación atribuye al observador no participante una menor reactividad, aunque no siempre (págs. 221-223).

Ojo. El Ministerio no publica el motivo de las anulaciones. En el corpus, la opción 4 choca con la primera recomendación de la lista (observadores participantes) y a la vez coincide con lo que el mismo capítulo dice del observador no participante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 6.1, págs. 221-223.

EN EL ATLAS

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

60 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Qué evalúa el subtest “matrices” del WAIS-IV?:

1 Razonamiento abstracto no verbal. ✓

2 Análisis de información visual diferenciando elementos básicos de arbitrarios.

3 Categorización lógica.

4 Percepción visual y praxis constructiva.

El subtest de matrices de las escalas de Wechsler mide el razonamiento abstracto

El manual técnico del WAIS-IV no está en el corpus del Atlas. Fernández-Ballesteros describe el subtest **Matrices** del WAIS-III en la tabla 1.3.1 de su apéndice. El sujeto debe elegir el dibujo que continúa una serie incompleta, y la tarea mide **razonamiento abstracto** y capacidad para **procesar información visual**. En el WAIS-IV, Matrices sigue entre los test aplicables a todas las edades (Moreno Rosset). Los distractores se parecen a lo que la misma tabla atribuye a otros subtests, como el aislamiento de los aspectos esenciales de los no esenciales en **figuras incompletas** o el análisis y la reproducción de dibujos geométricos abstractos en **cubos**.

1 Coincide con la descripción de Matrices, que mide razonamiento abstracto y capacidad para procesar información visual.

2 Recuerda a figuras incompletas, que requiere identificar objetos familiares y aislar los aspectos esenciales de los no esenciales.

3 Ningún subtest de la tabla se define como categorización lógica; la abstracción de relaciones entre conceptos corresponde a semejanzas, de la escala verbal.

4 Analizar, sintetizar y reproducir figuras corresponde a cubos y a rompecabezas, que exigen síntesis visual y coordinación visomotora.

Ojo. La tabla de Fernández-Ballesteros describe el WAIS-III y la pregunta se refiere al WAIS-IV, cuyo manual técnico no está en el corpus. Moreno Rosset confirma que el WAIS-IV mantiene Matrices entre sus 15 test (cap. 12, pág. 438).

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 1.3.1. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, pág. 438.

EN EL ATLAS

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

61 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes instrumentos se utiliza en la evaluación objetiva de la percepción visual?:

1 Punto de fusión “Flicker”. ✓

2 Estesiómetro.

3 Test de precisión de Purdue.

4 Test de discriminación de dos puntos.

El punto de fusión Flicker figura entre las técnicas objetivas de percepción visual

En el cuadro 8.1, Fernández-Ballesteros agrupa los instrumentos de las técnicas objetivas según la respuesta que evalúan. En la **percepción visual** (análisis de estímulos) incluye el **punto de fusión «Flicker»**, junto al TVPS-R, la unidad de percepción visual o el aparato de ilusiones ópticas. Lo describe como un aparato dirigido a evaluar la predicción del momento en que dos puntos en movimiento van a coincidir en el espacio, que permite manipular la luminosidad, la velocidad y la frecuencia y estudiar los dos ojos de forma simultánea o alternativa. El **estesiómetro** y el test de discriminación de dos puntos pertenecen a la **percepción táctil**, y el test de Purdue, a las técnicas **motoras**.

1 Aparece en el apartado de percepción visual del cuadro 8.1 (pág. 280).

2 El estesiómetro registra, mediante una fibra de vidrio y un sensor, la sensibilidad de la piel en un punto; pertenece a la percepción táctil (pág. 280).

3 El test de precisión de Purdue mide la habilidad visomotora y figura entre las técnicas motoras de coordinación óculo-manual y bimanual (pág. 281).

4 El test de discriminación de dos puntos funciona como el estesiómetro, pero compara dos puntos diferentes a la vez; también es de percepción táctil (pág. 280).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, cuadro 8.1, págs. 280-281.

EN EL ATLAS: Tema E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

62 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

¿Qué indica el sujeto cuando responde a los ítems en una escala de tipo Likert de 0 a 100%, en la Escala de experiencias disociativas (DES) de Berstein y Putman (1986)?:

1 Grado de frecuencia e intensidad (frecuencia x intensidad), de las experiencias disociativas.

2 Porcentaje de tiempo que le acontecen experiencias disociativas. ✓

3 Porcentaje de experiencias disociativas que cree que han ocurrido en el mes anterior.

4 Grado de intensidad con que le acontecen las experiencias disociativas.

En la DES el sujeto indica el porcentaje de tiempo en que le ocurre cada experiencia disociativa

Belloch presenta la **Escala de Experiencias Disociativas** (DES; Bernstein y Putnam, 1986) como la escala más utilizada entre las de cribado de la disociación. Es **autoadministrada** y consta de **28 ítems** que se responden en una escala Likert de 0 a 100 %, en la que el sujeto indica el **porcentaje de tiempo** que cree que le ocurren las experiencias disociativas descritas en los ítems. Sirve para filtrar en un amplio espectro la clínica disociativa y detectar a los pacientes que necesitan una evaluación más detenida. Ocho de los 28 ítems, los más representativos de la disociación patológica, forman la subescala **DES-T**.

1 El manual describe una única estimación, el porcentaje de tiempo, sin ningún producto de frecuencia por intensidad.

2 Es la forma de respuesta que describe el manual (pág. 273).

3 El manual pide el porcentaje de tiempo en que ocurren las experiencias y no menciona ningún periodo de referencia como el mes anterior.

4 La intensidad no aparece en la descripción de la DES; lo que se gradúa de 0 a 100 % es el tiempo.

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

63 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 3

¿Qué característica tiene el test Evaluación global de estrés postraumático (EGEP-5) de Crespo y colaboradores (2017)?:

1 El formato de los ítems es uniforme en todas sus escalas de respuesta.

2 La administración es preferentemente heteroaplicada e individual.

3 Incluye la evaluación de síntomas postraumáticos que no están incluidos en los criterios del DSM-5. ✓

4 Se compone de dos secciones: una sobre acontecimientos traumáticos y otra sobre sintomatología.

La EGEP-5 evalúa más aspectos que los síntomas exigidos por el DSM-5 para el TEPT

Penadés incluye la **EGEP-5** (Crespo et al., 2017) entre las escalas, cuestionarios e inventarios de **autoinforme** para cuantificar la gravedad del TEPT. Tiene **58 ítems**. Veintiséis evalúan los sucesos traumáticos experimentados, incluido el suceso objetivo, sus características y las **reacciones emocionales peritraumáticas**; 25 evalúan los síntomas del TEPT según el DSM-5, incluidas la **despersonalización** y la desrealización, y siete, la interferencia en el funcionamiento. La historia de sucesos y las reacciones peritraumáticas van más allá de los síntomas que exige el diagnóstico, y el DSM-5-TR recoge la despersonalización y la desrealización en el especificador «con síntomas disociativos». Por eso la opción 3 es la que se sostiene.

1 El corpus no describe el formato de los ítems. El comentario de referencia, basado en la información del editor, indica que combina ítems dicotómicos, de tipo Likert, de elección múltiple y de respuesta abierta.

2 Penadés la sitúa entre los instrumentos de autoinforme, separados de las entrevistas heteroaplicadas como la CAPS o la EGS-R (pág. 259).

3 Además de los síntomas del DSM-5, recoge la historia de sucesos traumáticos, las reacciones peritraumáticas y la despersonalización y desrealización, que el DSM-5-TR trata como especificador (pág. 303).

4 Tiene tres bloques y no dos, porque a los sucesos traumáticos (26 ítems) y los síntomas (25) suma la interferencia en el funcionamiento (7) (pág. 259).

Ojo. Ni el catálogo del editor ni el manual de la EGEP-5 están en el corpus. Penadés y la tabla 4.8 de Belloch (EGEP, diagnóstico y cuantificación de la gravedad de síntomas del TEPT) confirman que es un instrumento de autoinforme con tres bloques, pero no describen el formato de respuesta de los ítems, que es lo que descarta la opción 1.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 259. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, tabla 4.8, pág. 126. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, pág. 303.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

64 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 1

Uno de los sistemas de análisis más elaborado que se aplica a las historias de vida es el de coherencia narrativa (Adler y colaboradores, 2007). En el contexto de este modelo, señale cuáles son los indicadores o índices de coherencia en la historia de vida:

1 Orientación, estructura, afecto e integración. ✓

2 Unidad, diálogo, atención y estructura.

3 Autodominio, estatus, responsabilidad y diálogo.

4 Valores, tema vital, autodominio y logro.

La coherencia narrativa se valora con orientación, estructura, afecto e integración

Moreno Rosset presenta la **coherencia narrativa** (Adler, Wagner y McAdams, 2007) como quizá el sistema de análisis de contenido más elaborado para las historias de vida. Sus indicadores son más de tipo **formal**, cómo se construye la historia, que temático. La coherencia es el grado en que la historia está integrada, bien construida formalmente y adquiere verosimilitud, y se valora con **cuatro índices**: la **orientación** (elementos contextuales que dan sentido a la historia), la **estructura** (suceso inicial, respuesta, intento y consecuencia), el afecto (valoración emocional del episodio) y la **integración** del episodio en el marco global de la historia de vida.

1 Son los cuatro índices de coherencia del modelo (págs. 356-357).

2 Diálogo, atención-ayuda y unidad-unión son temas de comunión del análisis motivacional; solo la estructura es un índice de coherencia (págs. 355-356).

3 Autodominio, estatus-victoria y logro-responsabilidad son temas de capacidad, y el diálogo es un tema de comunión; son categorías temáticas y no índices de coherencia (págs. 354-355).

4 Mezcla temas de capacidad, como el autodominio y el logro, con términos que no son índices de coherencia del modelo.

Trampa. Los distractores toman los temas motivacionales de capacidad y comunión, que el mismo capítulo describe poco antes de la coherencia narrativa.

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. 10, págs. 354-357.

EN EL ATLAS

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

65 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 4

En el Inventario de adjetivos para la evaluación de los trastornos de personalidad (IA-TP) (Tous y colaboradores, 2009), ¿qué escala se asocia al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad?:

1 Personalidad inhibida.

2 Personalidad perfeccionista.

3 Personalidad sensible.

4 Personalidad respetuosa. ✓

En el IA-TP la escala de personalidad respetuosa corresponde al trastorno obsesivo-compulsivo

El **IA-TP** (Tous, Pont y Muiños, 2005, 2009) es un **listado de adjetivos** que evalúa la predisposición a desarrollar trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV y se basa en la teoría de la personalidad de **Millon**. Consta de 146 adjetivos repartidos en **nueve escalas**. Cada una se define por un rasgo de personalidad normal y por el trastorno asociado, porque Millon plantea un continuo entre la personalidad normal y el trastorno. La escala de **personalidad respetuosa** corresponde al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. La inhibida se asocia a la evitación y la sensible al trastorno no especificado, y ninguna escala se llama perfeccionista.

1. La personalidad inhibida se asocia al trastorno de la personalidad por evitación (pág. 322).
2. El IA-TP no tiene una escala de personalidad perfeccionista, aunque el nombre evoque el rasgo obsesivo.
3. La personalidad sensible se asocia al trastorno de la personalidad no especificado (pág. 322).
4. Es la escala que el inventario asocia al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (pág. 322).

ESCALAS DEL IA-TP Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ASOCIADO (MORENO ROSSET Y RAMÍREZ UCLÉS, 2019)

Escala	Trastorno asociado
Personalidad introvertida	Trastorno esquizoide de la personalidad
Personalidad inhibida	Trastorno de la personalidad por evitación
Personalidad cooperativa	Trastorno de la personalidad por dependencia
Personalidad sociable	Trastorno histriónico de la personalidad
Personalidad confiada	Trastorno narcisista de la personalidad
Personalidad convincente	Trastorno antisocial de la personalidad
Personalidad respetuosa	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Personalidad sensible	Trastorno de la personalidad no especificado
Personalidad impulsiva	Trastorno límite de la personalidad

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 9, apdo. 2.5, pág. 322

Trampa. La opción 2 inventa una escala con el nombre que mejor encaja con el trastorno obsesivo-compulsivo; las escalas del IA-TP llevan nombres de rasgos normales.

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, apdo. 2.5, págs. 321-322.

EN EL ATLAS: Tema E7 · Las técnicas subjetivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

66 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

El Inventario de evaluación de la personalidad (PAI):

1 Contiene 22 escalas: 4 de validez, 14 clínicas, 3 de consideraciones para el tratamiento y 1 de conflictos interpersonales.

2 Se considera que el protocolo no es válido a partir de 18 o más omisiones o respuestas dobles. ✓

3 Su finalidad se circunscribe a la evaluación de los trastornos de personalidad.

4 Contiene una versión abreviada compuesta por los primeros 100 ítems.

El protocolo del PAI se invalida con 18 o más omisiones o respuestas dobles

El **PAI** de Morey es un cuestionario de **344 ítems** para la evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos mediante **22 escalas**, de las que 4 son de validez, 11 clínicas, 5 relacionadas con el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales. Los ítems se responden en una escala Likert de cuatro opciones. Según el manual técnico que cita Moreno Rosset, el protocolo es **inválido** a partir de **18 o más omisiones o dobles respuestas**, sin que sea posible su corrección o interpretación, y hay que pedir al evaluado que revise sus respuestas. Con los primeros **165 ítems** se pueden estimar las 22 escalas principales, y eso constituye la versión abreviada.

1 Las 22 escalas se reparten en 4 de validez, 11 clínicas, 5 relacionadas con el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales (pág. 478).

2 Es el criterio de invalidez del manual técnico que recoge el capítulo (pág. 478).

3 El PAI evalúa de forma comprehensiva la psicopatología en adultos, y se emplea en contextos tan distintos como la psicoterapia, la selección de personal, la psicología forense o el dolor (págs. 478-479).

4 La versión abreviada usa los primeros 165 ítems, con los que se estiman las 22 escalas principales (pág. 478).

Trampa. Las opciones 1 y 4 cambian una cifra del manual, 14 escalas clínicas en lugar de 11 y 100 ítems en lugar de 165.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, apdo. 3.5, tabla 13.8, págs. 477-479.

EN EL ATLAS

Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

67 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica · Revisar

Respuesta correcta: 4

El Cuestionario breve de calidad de vida (CUBRECAVI) de Fernández-Ballesteros y colaboradores (1996):

1 Es aplicable a partir de los 55 años.

2 Evalúa 5 dimensiones de calidad de vida.

3 Evalúa la salud percibida a través de las escalas: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad.

4 Se puede administrar mediante entrevista o cuestionario autoaplicado. ✓

El CUBRECAVI puede autoaplicarse o administrarse mediante entrevista

El **CUBRECAVI** de Fernández-Ballesteros y colaboradores no se describe en el corpus del Atlas. Muñoz, Ausín y Panadero solo lo citan entre las **medidas de calidad de vida** para colectivos concretos. Según el comentario de referencia, que se basa en la ficha del editor, es un cuestionario para una exploración rápida de la calidad de vida en **personas mayores**, aplicable desde los 65 años, con 21 subescalas agrupadas en **nueve dimensiones** (salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios). El propio sujeto puede contestarlo de forma individual o en grupo, y si hace falta puede aplicarse mediante una **entrevista** individual.

1 Según la ficha del editor que cita el comentario de referencia, se aplica a partir de los 65 años.

2 Según esa misma fuente, agrupa sus 21 subescalas en nueve dimensiones.

3 La salud es una de sus nueve dimensiones y se divide en subjetiva, objetiva y psíquica; la lista de la opción no corresponde a este instrumento.

4 Puede contestarlo el propio sujeto, en aplicación individual o colectiva, o aplicarse mediante entrevista.

Ojo. Ni el manual del CUBRECAVI ni el catálogo del editor están en el corpus. Muñoz, Ausín y Panadero lo nombran entre las medidas de calidad de vida (cap. 7, tabla 7.5, pág. 325), sin describirlo. Todo lo demás procede del comentario de referencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñoz López, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 7, tabla 7.5, pág. 325. Fernández-Ballesteros, R. et al. (1996). CUBRECAVI. Cuestionario breve de calidad de vida. TEA Ediciones (ficha del editor; sin comprobar, no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Muñoz (Ampliación).

68 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes instrumentos se usa para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria en personas en situación de dependencia?:

1 Índice de Katz.

2 Índice de Barthel.

3 Índice de Lawton y Brody. ✓

4 Índice de Morton.

El índice de Lawton y Brody valora las actividades instrumentales de la vida diaria

En el caso de evaluación del deterioro cognitivo de una mujer de 60 años, Fernández-Ballesteros recoge en el cuadro 11.6 los instrumentos más utilizados en la evaluación del deterioro cognitivo en personas mayores. Entre las **escalas de habilidades funcionales** figuran el índice de actividades de la vida diaria de **Katz** (1963), el índice de actividades de la vida diaria de **Barthel** (Mahoney, 1965) y la escala de **actividades de la vida diaria instrumentales** de **Lawton y Brody** (1969). En el caso, la psicóloga entrega al hermano de la paciente la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody y la de actividades **básicas** de Barthel. La paciente obtiene 4 sobre 8 en la de Lawton, lo que indica dificultades en las actividades instrumentales.

1 El de Katz figura en el cuadro como índice de actividades de la vida diaria, sin el calificativo de instrumentales que el manual reserva para la escala de Lawton y Brody (pág. 365).

2 El índice de Barthel se usa en el caso como escala de actividades básicas de la vida diaria (págs. 360 y 365).

3 Es la escala de actividades de la vida diaria instrumentales del cuadro 11.6 (pág. 365).

4 No hay ningún índice de Morton entre las escalas de habilidades funcionales del cuadro.

Para fijarlo. Barthel recoge actividades básicas, como comer; Lawton, actividades instrumentales, como cuidar la casa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, cuadro 11.6, págs. 360, 365 y 369.

EN EL ATLAS: Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

69 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Respecto de la Escala del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), señale la opción correcta:

1 La escala compuesta se obtiene restando de la puntuación de la escala negativa, la puntuación de la positiva (PANSS-C = PANSS-N – PANSS-P).

2 Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos.

3 Desde una perspectiva categorial, clasifica la esquizofrenia en trastorno esquizofrénico positivo, negativo o mixto. ✓

4 Se aplica teniendo como referencia la presentación sintomática en el último mes.

La PANSS clasifica también la esquizofrenia en positiva, negativa o mixta

La **PANSS** (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva. Dimensionalmente valora la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general; **categorialmente** clasifica el trastorno esquizofrénico en **positivo, negativo o mixto** (Bobes). Es heteroaplicada mediante entrevista semiestructurada, y cada ítem se puntúa en una escala Likert de **7 grados**, de 1 (ausencia del síntoma) a 7 (gravedad extrema). La **escala compuesta** se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la de la positiva. Fonseca-Pedrero añade que valora la sintomatología de la **última semana**.

1. Invierte la resta. La escala compuesta se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la de la positiva, con valores entre −42 y +42 (Bobes, pág. 30).
2. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad (Bobes, pág. 29).
3. Es la perspectiva categorial de la PANSS (Bobes, pág. 29).
4. La PANSS valora la sintomatología de la última semana (Fonseca-Pedrero, pág. 92).

Para fijarlo. En la compuesta se resta al positivo el negativo: si sale signo más, predomina lo positivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bobes, J. et al. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2.ª ed.). Ars Medica-Psiquiatría Editores. Cap. 4, págs. 29-30. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 2, págs. 92-93.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Bobes (Consulta) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

70 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

Según la teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg, la inteligencia puede ser comprendida en la interacción de tres aspectos. ¿Cuál de ellos explicaría las habilidades comprometidas en la capacidad creativa del individuo?:

1 La subteoría componencial.

2 La subteoría experiencial. ✓

3 La subteoría contextual.

4 La subteoría de ejecución.

La subteoría experiencial de Sternberg explica las capacidades creativas

La **teoría triárquica** de Sternberg entiende la inteligencia como la interacción de tres aspectos, el mundo interno del individuo (**subteoría componencial**), la experiencia personal (**subteoría experiencial**) y el mundo externo (**subteoría contextual**). Forns y Amador explican que la experiencial da cuenta de las habilidades comprometidas en la **capacidad creativa**, en las que la novedad y la adquisición de automatismos tienen un papel esencial, y que en su conjunto explica las capacidades creativas de los individuos. Sánchez-Elvira la presenta como la subteoría del papel de la experiencia vital, con dos procesos básicos, la habilidad para tratar con la novedad y la habilidad para automatizar.

1 La subteoría componencial trata de los mecanismos mentales de resolución lógica y activa metacomponentes, componentes de ejecución y componentes de adquisición (Forns y Amador, págs. 693-694).

2 Es la subteoría que da cuenta de la capacidad creativa (Forns y Amador, págs. 693 y 696).

3 La subteoría contextual da cuenta de la adaptación, la selección y la configuración del entorno, que es el aspecto práctico de la inteligencia (pág. 696).

4 Los componentes de ejecución forman parte de la subteoría componencial; no son una de las tres subteorías.

Para fijarlo. Dentro de la cabeza, la componencial; ante lo nuevo, la experiencial; en el entorno, la contextual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Forns, M. y Amador, J. A. (2005). La inteligencia II. Evaluación de procesos cognitivos. En C. Moreno Rosset (ed.), Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Cap. 15, apdo. 3.1, págs. 693-696. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 317-319.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 47

71 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica | Anulada | Revisar

Anulada

En el marco de la evaluación en psicología clínica, señale cuál de los siguientes aspectos NO se enmarca en el "análisis de secuencias":

1. Formulación de hipótesis descriptivas diagnósticas y no diagnósticas.
2. Formulación de hipótesis sobre las contingencias mantenedoras de la conducta.
3. Formulación de hipótesis causales o desencadenantes actuales.
4. Utilización de técnicas de detección inicial o de primer nivel que más tarde se validarán con las técnicas específicas o de segundo nivel o diagnósticas.

La pregunta sobre qué queda fuera del análisis de secuencias se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; según el comentario de referencia, la clave provisional era la 2. La obra de la que procede (Marín, 2021) no está en el corpus del Atlas, y ese comentario considera que las cuatro opciones describen tareas del **análisis de secuencias**, de modo que ninguna sería la excepción. Muñoz, Ausín y Panadero describen el análisis de secuencias como la identificación y descripción detallada de **secuencias concretas** en las que aparece cada problema, para identificar qué variables lo explican. Recoge qué ocurre antes, durante y después de cada episodio y permite obtener información sobre las **relaciones de contingencia** entre los acontecimientos, así que las hipótesis sobre el mantenimiento también caben en él.

1. Según el comentario de referencia, el análisis de secuencias lleva a formular hipótesis descriptivas, diagnósticas y no diagnósticas.
2. Clave provisional. Muñoz, Ausín y Panadero vinculan el análisis de secuencias a cómo se modifica el ambiente tras el comportamiento y a las relaciones de contingencia, lo que lo acerca a las hipótesis de mantenimiento (págs. 138-140).
3. El comentario de referencia atribuye al análisis de secuencias las hipótesis sobre variables causales o desencadenantes actuales.
4. El comentario de referencia sitúa aquí el paso de las técnicas de detección inicial o de primer nivel a las de segundo nivel o diagnósticas.

Ojo. El Ministerio no publica el motivo de las anulaciones. La guía de Marín (2021), en la que se basa la pregunta, no está en el corpus, así que las opciones 1, 3 y 4 solo se apoyan en el comentario de referencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñoz López, M., Ausín, B. y Panadero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 4, apdo. 4.3, págs. 137-140. Marín, C. (2021). Guía práctica de evaluación psicológica clínica. Pirámide. Págs. 116-118 (sin comprobar; no está en el corpus).

EN EL ATLAS: Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Muñoz (Ampliación).

72 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L8 · Encuesta y metodología observacional Revisar

Respuesta correcta: 4

En el marco del plan de muestreo observacional, señale cuál de las siguientes decisiones NO pertenece al nivel de muestreo intersesional:

1 Periodo de observación.

2 Número mínimo de sesiones.

3 Criterio de inicio de sesión.

4 Intervalos en que se divide la sesión de observación. ✓

Los intervalos en que se divide la sesión pertenecen al registro dentro de cada sesión

Quintanilla et al. distinguen el **muestreo intersesional**, que determina **cuándo observar** fijando los criterios de **inicio y final de las sesiones**, del **muestreo intrasesional**, que decide a quién observar dentro de cada sesión. Las sesiones se sitúan dentro del **periodo de observación**, el espacio temporal en el que tiene sentido registrar la conducta según los objetivos del estudio. Dividir la sesión en breves intervalos de igual duración, que marcan los momentos de registro, corresponde al **registro activado por unidades de tiempo** (RAUT), es decir, a cómo se registra dentro de cada sesión.

1 El periodo de observación es el marco temporal en el que se sitúan las sesiones y se seleccionan sus inicios, una decisión del nivel intersesional.

2 El número de sesiones forma parte de la planificación de las sesiones de observación, y no de lo que se hace dentro de cada una.

3 Los criterios de inicio y final de las sesiones definen el muestreo intersesional (apdo. 9.4.1.1).

4 Los intervalos de igual duración en que se divide la sesión son propios del registro activado por unidades de tiempo, dentro de cada sesión (apdo. 9.4.2.1).

Ojo. La obra en la que se basa la pregunta (Moreno Rosset, 2005) no está en el corpus, y la edición de 2019 no usa los términos intersesional e intrasesional. Quintanilla define los dos niveles, pero no menciona el número mínimo de sesiones, así que la opción 2 se descarta por exclusión. El PDF de Quintanilla no conserva la paginación impresa y se cita por apartado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 9, apdos. 9.4, 9.4.1.1, 9.4.1.2 y 9.4.2.1.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 111

73 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 1

La batería neuropsicológica infantil NEPSY-II cuenta, entre sus características, la siguiente:

1 Evalúa el reconocimiento facial de emociones y la teoría de la mente. ✓

2 El tiempo de aplicación es de 30 a 45 minutos.

3 Contiene una forma para padres/madres.

4 Evalúa las capacidades cognitivas de niños pero no de adolescentes.

La NEPSY-II evalúa la percepción social con reconocimiento de emociones y teoría de la mente

La evaluación de la NEPSY-II del Consejo General de la Psicología describe una batería para niños y jóvenes de **3 a 16 años y 11 meses** que evalúa **seis dominios** con 32 subtests: atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, sensoriomotor, **percepción social** y procesamiento visoespacial. La percepción social incluye dos subescalas, **reconocimiento de emociones** y **teoría de la mente**. El profesional puede hacer una evaluación general, de unos 45 minutos a 1 hora; una diagnóstica y selectiva, o una comprehensiva, de 90 minutos a 2 o 3 horas. La prueba no tiene formas distintas, salvo las dos franjas de edad de la evaluación general.

1 Son las dos subescalas del dominio de percepción social (pág. 6).

2 El tiempo estimado va de 45 minutos a 3 horas, según la evaluación sea general o completa (pág. 9).

3 La evaluación del test indica que no tiene formas diferentes, de modo que tampoco una para padres; solo distingue tipos de evaluación y dos franjas de edad, 3-4 y 5-16 años (pág. 8).

4 Se aplica de los 3 a los 16 años y 11 meses, así que incluye a adolescentes (pág. 6).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Consejo General de la Psicología de España (2016). Evaluación de la NEPSY-II. Ronda de evaluación de test 2016. Págs. 6, 8 y 9. Korkman, M., Kirk, U. y Kemp, S. (2014). NEPSY-II, ficha técnica. Pearson.

EN EL ATLAS: Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con Evaluación de la NEPSY-II (Consejo General de la Psicología (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 26

74

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo | Revisar

Respuesta correcta: 3

Indique qué prueba NO se incluye dentro de las estructuras rítmicas de Stambak:

1. Reproducción gráfica de estructuras espaciales observadas.
2. Reproducción de estructuras temporales escuchadas.
3. Reproducción de estructuras espaciales dictadas. ✓
4. Simbolización de estructuras espaciotemporales.

Las pruebas de Stambak no incluyen reproducir estructuras espaciales dictadas

La obra de la que procede la pregunta (Bernaldo, 2012) no está en el corpus del Atlas. Del Barrio, al tratar la evaluación del **ritmo** en el desarrollo psicomotor, presenta las **pruebas de ritmo de Mira Stambak** (1960) como una prueba ya clásica. Incluyen la evaluación del **tempo espontáneo**, la **reproducción de estructuras rítmicas** y la **comprensión del simbolismo** de las estructuras presentadas y su reproducción. Según Stambak, una ejecución pobre en estas pruebas se relaciona con dificultades en la lectura. Según el comentario de referencia, la versión de Bernaldo reproduce estructuras temporales con golpes y simboliza estructuras espaciales y temporales. Ninguna de las dos fuentes recoge estructuras espaciales dictadas.

1. El comentario de referencia incluye la simbolización de estructuras espaciales entre las pruebas; el corpus solo recoge la comprensión del simbolismo de las estructuras presentadas y su reproducción.
2. La reproducción de estructuras rítmicas, es decir, temporales, es una de las pruebas de Stambak (Del Barrio, pág. 111).
3. Ni el corpus ni el comentario de referencia recogen una prueba de estructuras espaciales dictadas.
4. La comprensión del simbolismo de las estructuras forma parte de las pruebas (Del Barrio, pág. 111).

Ojo. Bernaldo (2012), que describe la prueba de estructuración espaciotemporal inspirada en Stambak, no está en el corpus. Del Barrio da una versión con otros nombres (tempo espontáneo, reproducción de estructuras rítmicas y comprensión del simbolismo), que no permite comprobar al pie de la letra la redacción de las opciones 1 y 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 3, apdo. 4, pág. 111. Bernaldo, M. (2012). Psicomotricidad: guía de evaluación e intervención. Pirámide. Págs. 56-58 (sin comprobar; no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema E10. Del Barrio no es fuente de este tema.

75

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes pruebas de evaluación NO se emplea en niños de 3 años:

1. Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (MSCA).
2. Test de Columbia (CMMS). ✓
3. Batería de evaluación para niños de Kaufman y Kaufman (K-ABC).
4. Inventario de desarrollo Battelle.

La escala de Columbia se aplica a partir de los tres años y medio

La pregunta pide la prueba que no se emplea a los 3 años, así que hay que fijarse en la edad mínima de cada una. La **Escala de Madurez Mental de Columbia** (CMMS) evalúa la capacidad de razonamiento general de niños con edades comprendidas entre los **tres años y medio** y los casi doce años, según su ficha en el apéndice de Fernández-Ballesteros. Las otras tres empiezan antes. En el cuadro 9.2, la **McCarthy** (MSCA) se aplica de 2 a 8,5 años y el **K-ABC**, de 2,6 a 12,5 años, y el **Inventario de desarrollo Battelle** va desde los cero hasta los ocho años.

1. La McCarthy se aplica de 2 a 8,5 años, así que cubre los 3 años (pág. 314).
2. La CMMS empieza a los tres años y medio, por lo que no sirve para un niño de 3 años.
3. El K-ABC se aplica de 2,6 a 12,5 años (pág. 314).
4. El Battelle se aplica desde los cero hasta los ocho años.

Trampa. Las cuatro pruebas son infantiles; solo la edad mínima, que únicamente en la CMMS supera los 3 años, permite descartar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.2, pág. 314; apéndice, sección 2, fichas 2.4 (Battelle) y 2.7 (CMMS).

EN EL ATLAS

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

76

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Indique la opción correcta con respecto al WPPSI-IV. En el nivel inferior de aplicación (2:6 a 3:11 años):

1. Se utilizan los test: matrices, búsqueda de animales, semejanzas, conceptos, cancelación y vocabulario.
2. Se obtienen los índices de comprensión verbal, visoespacial y de memoria de trabajo. ✓
3. Las escalas secundarias dan lugar al índice de competencia cognitiva.
4. Se incluyen los índices de razonamiento fluido y de velocidad de procesamiento.

En el nivel inferior del WPPSI-IV se obtienen los índices de comprensión verbal, visoespacial y memoria de trabajo

Moreno Rosset explica que el **WPPSI-IV** se divide en dos niveles de aplicación, el **inferior** (2:6 a 3:11 años) y el **superior** (4:00 a 7:7 años). En el nivel inferior se aplican los test dibujos, cubos, reconocimiento, información, rompecabezas, localización y nombres. Sus **escalas primarias** son comprensión verbal, visoespacial y memoria de trabajo, que dan lugar a tres índices principales y al CI total, y sus escalas secundarias, adquisición de vocabulario, no verbal y capacidad general. En el nivel superior se añaden, entre otros, matrices, búsqueda de animales, semejanzas, conceptos, cancelación y vocabulario; los índices de **razonamiento fluido** y velocidad de procesamiento, y el índice secundario de **competencia cognitiva**.

1. Matrices, búsqueda de animales, semejanzas, conceptos, cancelación y vocabulario son test que se añaden en el nivel superior, de 4:00 a 7:7 años (pág. 436).
2. Son los tres índices principales del nivel inferior, junto con el CI total (págs. 436 y 438).
3. El índice de competencia cognitiva se añade a las escalas secundarias en el nivel superior; en el inferior son adquisición de vocabulario, no verbal y capacidad general (págs. 436 y 438).
4. Razonamiento fluido y velocidad de procesamiento son índices que se incorporan en el nivel superior (págs. 436 y 438).

> **Trampa.** Las tres opciones falsas describen bien el WPPSI-IV, pero el de 4:00 a 7:7 años; la pregunta se limita al nivel inferior.

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, apdo. 4.2.1, págs. 436-438.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 27

77 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Una de las tres aptitudes intelectuales de segundo orden que evalúa el BAS-II es el razonamiento perceptivo ¿Mediante qué test se calcula este índice?:

1 Test de copia y test de cubos.

2 Test de semejanzas gráficas y test de cubos.

3 Test de conceptos numéricos y test de semejanzas gráficas. ✓

4 Test de cubos y test de conceptos numéricos.

En el BAS-II infantil el razonamiento perceptivo se calcula con conceptos numéricos y semejanzas gráficas

La **figura 12.3** de Moreno Rosset muestra los test, las aptitudes y los índices del **BAS-II Infantil** (3:6 a 5:11 años) según el modelo CHC. En el estrato III está el factor g o capacidad general (IG), y en el estrato II, las aptitudes intelectuales de segundo orden, que son el índice verbal, el de **razonamiento perceptivo** y el espacial. El razonamiento perceptivo agrupa la aptitud numérica, evaluada con el test de **conceptos numéricos**, y el razonamiento no verbal, evaluado con **semejanzas gráficas**. El índice espacial se calcula con copia y cubos, y el verbal, con comprensión verbal y nominación. El manual precisa que el razonamiento perceptivo solo se calcula hasta los 5:11 años.

1 Copia y cubos son los dos test del índice espacial (pág. 435).

2 Semejanzas gráficas pertenece al razonamiento perceptivo, pero cubos pertenece al índice espacial (pág. 435).

3 Son los dos test que componen el índice de razonamiento perceptivo (pág. 435).

4 Conceptos numéricos pertenece al razonamiento perceptivo, pero cubos pertenece al índice espacial (pág. 435).

FIGURA 12.3. TEST, APTITUDES E ÍNDICES DEL BAS-II INFANTIL (3:6 A 5:11) BASADOS EN EL MODELO CHC (ESTRATOS II Y I Y TEST)

Índice (estrato II)	Aptitud (estrato I)	Test
Índice Verbal (IV)	Aptitud verbal: lenguaje receptivo	Comprensión verbal (CV)
Índice Verbal (IV)	Aptitud verbal: lenguaje expresivo	Nominación (N)
Índice Razonamiento perceptivo (RP)	Aptitud numérica: conocimiento conceptos prenuméricos y numéricos y resolución de problemas	Conceptos numéricos (CN)
Índice Razonamiento perceptivo (RP)	Razonamiento no verbal: razonamiento no verbal en emparejamiento de figuras que tienen en común un elemento o concepto	Semejanzas gráficas (SG)
Índice Espacial (IE)	Aptitud perceptiva-motora: habilidad visoperceptiva y coordinación motora fina en la copia de dibujos lineales	Copia (Co)
Índice Espacial (IE)	Aptitud espacial: razonamiento no verbal y visualización espacial en la reproducción de diseños con cubos de colores	Cubos (CC)

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 12, figura 12.3, pág. 435

Trampa. Cubos aparece en tres opciones porque es el test más conocido, pero en el BAS-II pertenece al índice espacial.

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, apdo. 4.1, figura 12.3, págs. 434-435.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 31

78 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 1

En la evaluación de la enuresis funcional en la infancia, la Escala de tolerancia materna de Morgan y Young se ha relacionado con:

1 Predicción del abandono prematuro de la intervención. ✓

2 Implicación de la madre en el manejo de la intervención.

3 Grado de adherencia del niño a la intervención.

4 Eficacia de la intervención en casos resistentes.

La Escala de Tolerancia Materna predice el abandono prematuro de la intervención en la enuresis

En la evaluación de la **enuresis**, Fonseca-Pedrero señala que las escalas específicas no están validadas al castellano y su uso no está extendido. Varios autores aconsejan la **Escala de Tolerancia Materna** (ETM) de Morgan y Young (1975), porque la actitud que mide es un buen **predictor de abandono prematuro** de la intervención. Vallejo y Rodríguez lo formulan del mismo modo. La **actitud parental de intolerancia** hacia la enuresis es una variable predictora del abandono, y la ETM se recomienda para prevenir esa circunstancia. La versión en español puede consultarse en Bragado (1999).

1 Es la relación que recogen los dos manuales (Fonseca-Pedrero, pág. 360; Vallejo y Rodríguez, pág. 445).

2 Ningún manual relaciona la escala con la implicación de la madre en el manejo del tratamiento.

3 La variable que miden los manuales es la actitud de los padres; la adherencia del niño no se menciona.

4 Ninguno de los dos manuales la vincula con la eficacia en casos resistentes; la relacionan con el riesgo de abandonar la intervención.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, apdo. 2.3.2.3, pág. 445. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, pág. 360.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 194

79 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Con relación al curso de los síntomas del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, señale la opción correcta (Austin y colaboradores, 2015; Haro y colaboradores., 2015; DSM-5):

1. Algo más de la mitad de los pacientes adultos con un diagnóstico de esquizofrenia presentan síntomas psicóticos persistentes durante un promedio de casi 10 años (Haro y colaboradores., 2015). ✓
2. En personas que habían tenido un primer episodio psicótico se encontró que cerca de la mitad mostraba una respuesta negativa (incremento de los síntomas) durante los primeros cinco años seguida de un mantenimiento sin síntomas en los cinco años restantes (Austin y colaboradores, 2015).
3. En personas que habían tenido un primer episodio psicótico se encontró que un 15% mostraba un aumento inicial de los síntomas durante los dos primeros años, seguido de un decremento constante durante ocho años (Austin y colaboradores, 2015).
4. El diagnóstico del trastorno psicótico breve requiere la remisión completa de todos los síntomas y un retorno parcial al nivel de funcionamiento premórbido antes de transcurrido un mes desde el inicio del trastorno (DSM-5).

En el estudio de Haro et al., algo más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia tenía síntomas persistentes durante casi diez años

Belloch y colaboradores resumen dos estudios de cohortes sobre el curso de los síntomas. Haro et al. (2015) encontraron que aproximadamente el **62 %** de una amplia muestra de adultos con esquizofrenia presentaba **síntomas psicóticos persistentes** durante un promedio de **9,6 años**, lo que coincide con la opción 1. Austin et al. (2015) siguieron diez años a personas con un primer episodio y describieron **cinco trayectorias**; las opciones 2 y 3 invierten dos de ellas. La opción 4 contradice el criterio B del **trastorno psicótico breve**, que exige un **retorno total** al funcionamiento premórbido.

1. Es el resultado de Haro et al., un 62 % durante 9,6 años de media.
2. El 47 % mostró una respuesta positiva, con reducción significativa de los síntomas en los primeros cinco años y luego un mantenimiento sin síntomas.
3. El 15 % mostró la trayectoria de recaída, con una reducción inicial de los síntomas en los dos primeros años y un aumento constante en los ocho restantes.
4. El DSM-5 exige un retorno completo al nivel de funcionamiento premórbido.

> **Trampa.** Las opciones 2 y 3 conservan los porcentajes exactos del estudio de Austin y cambian el sentido de la trayectoria.

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. 347. 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 Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 118, PIR 2020 · n.º 85

80

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos · Anulada

Anulada

Respecto del trastorno esquizoafectivo cabe afirmar lo siguiente:

1. Presenta una incidencia superior en mujeres que en hombres.
2. La edad típica de inicio es la vida adulta temprana.
3. Tiene peor pronóstico que la esquizofrenia.
4. El diagnóstico requiere que los síntomas del estado de ánimo estén presentes únicamente en periodo activo de la enfermedad.

La pregunta del trastorno esquizoafectivo se anuló porque dos opciones son frases del DSM-5

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Las dos primeras opciones son ciertas según el DSM-5, porque la **incidencia** del trastorno esquizoafectivo es **mayor en las mujeres**, sobre todo por la mayor incidencia del tipo depresivo, y la edad típica de inicio es la **vida adulta temprana**. Las otras dos son falsas. El pronóstico es **algo mejor** que el de la esquizofrenia, y el criterio C exige síntomas del estado de ánimo durante la mayor parte de las fases **activa y residual**. Con dos opciones correctas, la pregunta no tenía una única respuesta.

1. Clave provisional. El DSM-5 dice que la incidencia es mayor en las mujeres, fundamentalmente por el tipo depresivo.
2. También es cierta: la edad típica de inicio es la vida adulta temprana, aunque puede darse entre la adolescencia y las etapas tardías de la vida.
3. El pronóstico es algo mejor que el de la esquizofrenia y peor que el de los trastornos del estado de ánimo.
4. Los síntomas del estado de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de las fases activa y residual, y pueden aparecer antes de la psicosis, en la fase aguda, en los períodos residuales y tras cesar la psicosis.

Ojo. El DSM-5-TR conserva estas frases con un matiz. La mayor frecuencia en las mujeres aparece ahora asociada a la prevalencia vital del 0,3 % de una muestra finlandesa con criterios del DSM-IV (pág. 123); la edad típica de inicio y el pronóstico no cambian (págs. 123-124).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno esquizoafectivo, págs. 105 y 107-108.

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 2024 · n.º 160, PIR 2025 · n.º 135

81 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿A partir de qué cantidad de consumo de cafeína se considera que, en general, la misma tiene efectos negativos en el organismo en población adulta sana?:

1 A partir de 100 mg. de cafeína al día.

2 A partir de 300 mg. de cafeína al día.

3 A partir de 400 mg. de cafeína al día. ✓

4 A partir de 1.000 mg. de cafeína al día.

A partir de 400 mg diarios la cafeína puede causar daños en un adulto sano

Belloch dice que hasta **400 mg de cafeína al día** se consideran seguros en la población adulta sana y que a partir de **400 mg (3-4 tazas)** puede causar daños, aunque no en todas las personas. En **embarazadas** sanas el máximo baja a **300 mg/día**. El DSM-5 coincide en el umbral: un uso intensivo, por encima de 400 mg, puede causar o exacerbar los síntomas somáticos de ansiedad y los trastornos gastrointestinales. Con **más de 1 g al día** ya aparecen síntomas de intoxicación como los espasmos musculares o la taquicardia.

1 Una taza de café tiene de promedio unos 100 mg, una cantidad dentro de lo que el manual considera seguro.

2 300 mg/día es el máximo para las embarazadas sanas, y el umbral de la población adulta sana es más alto.

3 Es el umbral que dan Belloch y el DSM-5.

4 Un gramo al día es ya un consumo alto, con síntomas de intoxicación; el daño puede empezar antes, a partir de 400 mg.

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. 504 y 506.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 64

82 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual requiere que los síntomas se hayan confirmado mediante:

1 Evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos. ✓

2 Evaluaciones diarias prospectivas de al menos tres ciclos sintomáticos.

3 Evaluaciones diarias retrospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos.

4 Evaluaciones diarias retrospectivas de al menos tres ciclos sintomáticos.

El trastorno disfórico premenstrual se confirma con registros diarios prospectivos de dos ciclos

El criterio F del **trastorno disfórico premenstrual** pide confirmar el criterio A, los síntomas de la última semana antes de la menstruación, mediante **evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos**. Hasta entonces el diagnóstico puede hacerse de forma **provisional**, y así se registra («trastorno disfórico premenstrual, provisional»). El DSM-5 advierte además que las cifras basadas en **informes retrospectivos** sobrestiman la prevalencia frente a las evaluaciones diarias prospectivas.

1 Es el criterio F.

2 El criterio exige al menos dos ciclos, no tres.

3 Las evaluaciones han de ser prospectivas; los informes retrospectivos sobrestiman los síntomas.

4 El criterio pide evaluaciones prospectivas y de al menos dos ciclos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno disfórico premenstrual, págs. 172-173.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 232

Respuesta correcta: 3

Un sujeto que, a raíz de un suceso estresante, tiene sensación de que el tiempo transcurre muy despacio, se siente anestesiado, presenta momentos de parálisis y de amnesia, síntomas todos ellos que, en general, desaparecen en menos de un mes; padece con más probabilidad:

1. Trastorno de síntomas somáticos.
2. Trastorno adaptativo con síntomas mixtos.
3. Reacción disociativa aguda a sucesos estresantes. ✓
4. Trastorno de estrés agudo.

Lentitud del tiempo, anestesia, parálisis y amnesia breves tras un suceso estresante son una reacción disociativa aguda

Entre los ejemplos de **otro trastorno disociativo especificado**, el DSM-5 describe las **reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes**. Son afecciones agudas transitorias que duran por lo general **menos de 1 mes**, y a veces solo horas o días, con limitación de la conciencia, despersonalización, desrealización, **alteraciones de la percepción** (lentitud del tiempo, macropsia), microamnesias, estupor transitorio y alteraciones sensitivo-motoras (analgesia, parálisis). El caso reproduce casi todos estos síntomas tras un suceso estresante. El **trastorno de estrés agudo** exige exposición a un suceso **traumático**.

1. El trastorno de síntomas somáticos se define por síntomas somáticos que causan malestar y por pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con ellos. El caso describe síntomas disociativos, que no forman parte de sus criterios.
2. El trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y la conducta se define por síntomas emocionales, como depresión o ansiedad, y una alteración de la conducta.
3. Es la presentación que el DSM-5 describe con estos mismos síntomas.
4. El trastorno de estrés agudo requiere exposición a la muerte, una lesión grave o violencia sexual. El manual aclara que los eventos estresantes sin esos componentes pueden llevar a un trastorno adaptativo, pero no a un trastorno de estrés agudo.

Ojo. El DSM-5 admite que en el trastorno de estrés agudo puede predominar una presentación disociativa (pág. 282). Lo que lo descarta en este caso es el tipo de suceso, estresante y no traumático.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés agudo, págs. 280-282; trastornos de adaptación, págs. 286-287; otro trastorno disociativo especificado, págs. 306-307; trastorno de síntomas somáticos, pág. 311.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 117

84

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, en el trastorno depresivo mayor con características melancólicas:

1. Está presente la anhedonia o la falta de reactividad a sucesos positivos generalmente placenteros. ✓
2. Se da mayor sintomatología en otoño/invierno.
3. El estado de ánimo deprimido es más acusado por la tarde.
4. Se da un patrón prolongado de sensibilidad o rechazo interpersonal percibido.

En la depresión melancólica hay anhedonia o falta de reactividad a lo placentero

El especificador **con características melancólicas** se define por la **anhedonia** casi completa o la **falta de reactividad** a estímulos generalmente placenteros (criterio A), junto con tres o más síntomas del criterio B, entre ellos una **depresión peor por la mañana** y el despertar precoz. Los distractores toman el rasgo nuclear de otros especificadores del capítulo (tabla): la estacionalidad en otoño o invierno es del **patrón estacional**, y la sensibilidad al rechazo interpersonal, de las **características atípicas**.

1. Es el criterio A del especificador melancólico.
2. El predominio en otoño o invierno corresponde al especificador con patrón estacional.
3. En la melancolía la depresión acostumbra a ser peor por la mañana.
4. El patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal es el criterio B4 de las características atípicas.

RASGO NUCLEAR DE CUATRO ESPECIFICADORES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Especificador	Rasgo nuclear
Con ansiedad	Dos o más síntomas: se siente nervioso o tenso; se siente inhabitualmente inquieto; dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones; miedo a que pueda suceder algo terrible; siente que podría perder el control de sí mismo
Con características melancólicas	Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades, o falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros
Con características atípicas	Reactividad del estado de ánimo (aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales)
Con patrón estacional	Relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno)

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, especificadores para trastornos depresivos, págs. 210-214

Para fijarlo. Melancolía con M de mañana: peor al despertar y despierta antes de hora.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, págs. 184-188.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 117, PIR 2017 · n.º 50, PIR 2019 · n.º 130, PIR 2017 · n.º 53

85 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 1

Las “sincinesias” son alteraciones que se caracterizan por:

1 Movimientos involuntarios parásitos o accesorios que se dan como consecuencia de otro movimiento voluntario. ✓

2 Efectos iatrogénicos que se produce tras la administración prolongada de un fármaco.

3 Movimientos espasmódicos rápidos, breves y sin objetivo.

4 Contracciones musculares mantenidas en el tiempo.

La sincinesia es un movimiento involuntario accesorio que acompaña a otro movimiento

Belloch define la **sincinesia** como un movimiento involuntario parásito o accesorio que se da como consecuencia de otro movimiento, como inclinar la cabeza al alargar el brazo para coger un objeto o sacar la lengua mientras se pinta. Se diferencia de los **movimientos reflejos** porque se da junto con otro movimiento. Es normal en el desarrollo evolutivo, disminuye con la maduración y también puede deberse a lesiones cerebrales. Los distractores describen otras discinesias del mismo apartado, la **discinesia tardía**, los **tics** y las mioclonías, y la **distonía**.

1 Es la definición de sincinesia que da el manual (pág. 328).

2 Describe la discinesia tardía, un síndrome iatrogénico tras la administración prolongada de fármacos bloqueantes de los receptores D2 y D3, habitualmente neurolépticos (pág. 328).

3 Mezcla la mioclonía (movimientos espasmódicos muy rápidos y breves) con los tics (movimientos repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo) (págs. 327-329).

4 Describe la distonía, una contracción muscular sostenida en el tiempo que causa retorcimiento, movimientos repetitivos o posturas extrañas (pág. 327).

ALTERACIONES DE LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS QUE APARECEN EN LA PREGUNTA (BELLOCH, SANDÍN Y RAMOS, 2020)

Alteración	Definición del manual
Sincinesia	Movimiento involuntario parásito o accesorio que se da como consecuencia de otro movimiento
Discinesia tardía	Síndrome iatrogénico que se produce tras la administración prolongada (de ahí que se denomine tardía) de fármacos bloqueantes de los receptores dopaminérgicos D2 y D3, habitualmente neurolépticos
Tics	Movimientos involuntarios repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo
Mioclonía	Movimientos espasmódicos con amplitud variable muy rápidos y breves
Distonía	Movimiento involuntario que se caracteriza por una contracción muscular sostenida en el tiempo causando retorcimiento, movimientos repetitivos, o posturas extrañas

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 10, págs. 327-329

Para fijarlo. Sin-cinesia significa «moverse con», porque el movimiento accesorio acompaña siempre a otro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 327-329.

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

Respuesta correcta: 3

Las alucinaciones olfativas son más frecuentes en:

1 Delirium.
2 Episodio maníaco.
3 Epilepsia. ✓
4 Alucinosis alcohólica.

Las alucinaciones olfativas son frecuentes en la epilepsia del lóbulo temporal

La **tabla 6.4** de Belloch resume las modalidades sensoriales de alucinación que aparecen con más frecuencia en distintos trastornos. La modalidad **olfativa** solo figura como **frecuente** en la **epilepsia del lóbulo temporal**, junto con la gustativa. En el delirium, el episodio maníaco y la alucinosis alcohólica la casilla olfativa está vacía. El texto lo confirma, porque en algunas personas con epilepsia del lóbulo temporal los episodios pueden comenzar con experiencias alucinatorias elementales, casi siempre de tipo olfativo y gustativo. El manual advierte, además, que ninguna modalidad es exclusiva de un trastorno, aunque hay indicaciones orientativas, como las visuales para los síndromes orgánicos.

1 En el delirium predominan las alucinaciones visuales, frecuentes en la tabla, y la casilla olfativa está vacía (pág. 159).
2 En el episodio maníaco la tabla no recoge alucinaciones olfativas (pág. 159).
3 Es el único trastorno de la tabla con alucinaciones olfativas frecuentes (págs. 159 y 170).
4 En la alucinosis alcohólica predominan las auditivas, y la casilla olfativa está vacía (pág. 159).

TABLA 6.4. MODALIDADES SENSORIALES DE ALUCINACIÓN QUE APARECEN MÁS FRECUENTEMENTE EN DIFERENTES TRASTORNOS

Trastorno	Auditiva	Visual	Táctil	Gustativa	Olfativa
Epilepsia (lóbulo temporal)	*	**	*	*	*
Delirium	**	*	**	–	–
Alucinosis alcohólica	*	*	*	–	–
Tumor cerebral	**	*	–	–	*
Trastorno delirante	**	*	*	**	*
Esquizofrenia	*	**	*	**	*
Episodio maníaco	**	*	*	–	–
Depresión mayor	**	*	–	*	*
Consumo de sustancias	*	*	**	–	–
Trastorno esquizotípico	**	*	*	–	–
Trastorno de personalidad límite	*	–	–	–	–
Trastorno disociativo (de conversión)	*	*	*	–	–
Trastorno por estrés postraumático†	*	*	*	*	*

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.4, pág. 159

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.4, pág. 159, y pág. 170.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 125, PIR 2024 · n.º 145

87 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

En lo relativo al diagnóstico diferencial de los trastornos neurocognitivos, señale la respuesta FALSA:

1 El trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve puramente subcortical puede tener un curso lentamente progresivo que emula al trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer.

2 Mientras que en el trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve aparecen déficits en la función ejecutiva y el lenguaje, el inicio insidioso y la progresión gradual de los síntomas comportamentales o la disfunción del lenguaje son más característicos del trastorno neurocognitivo frontotemporal y no son típicos de la etiología vascular.

3 En el trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve la supervivencia es mayor y el declive más lento que en la enfermedad de Alzheimer típica. ✓

4 El diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia cuando los síntomas relativos a una alteración de la atención y a una alteración cognitiva adicional predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

En el TNC frontotemporal la supervivencia es menor y el declive más rápido que en el Alzheimer típico

La pregunta busca la afirmación falsa. El apartado de desarrollo y curso del **TNC frontotemporal** dice lo contrario de la opción 3: la **supervivencia es menor** y el **declive más rápido** que en la enfermedad de Alzheimer típica, con una mediana de supervivencia de 6-11 años tras el inicio de los síntomas. Las otras tres opciones copian el DSM-5. Son el curso lentamente progresivo del **TNC vascular puramente subcortical**, su diferencial con el frontotemporal y la condición para diagnosticar un **delirium por abstinencia** en lugar de un síndrome de abstinencia.

1 Es cierta. Aparece en el desarrollo y curso del TNC vascular.

2 Es cierta. Es el diferencial del TNC vascular con el frontotemporal.

3 Es la falsa. La supervivencia es menor y el declive más rápido.

4 Es cierta. Es la definición del especificador de delirium por abstinencia de sustancias.

Trampa. La opción falsa invierte dos datos de una frase literal del manual: mayor por menor y más lento por más rápido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Delirium, pág. 597; TNC frontotemporal, pág. 616; TNC vascular, pág. 623.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 88, PIR 2023 · n.º 55, PIR 2025 · n.º 203

88 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

En cuanto al diagnóstico de los trastornos neurocognitivos, señale la respuesta FALSA:

1 El trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve se manifiesta principalmente a través de cambios progresivos en el comportamiento y déficits en el lenguaje.

2 Además de una disfunción cognitiva progresiva, el trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy incluye alucinaciones visuales recurrentes y síntomas espontáneos de parkinsonismo.

3 La incapacidad para enfocar y mover los ojos correctamente es una de las señales típicas de la enfermedad de Parkinson. ✓

4 La mayoría de las personas con delirium presenta una recuperación completa con o sin tratamiento, si bien la identificación e intervención temprana habitualmente reduce la duración del delirium.

La incapacidad para enfocar y mover los ojos es típica de la parálisis supranuclear progresiva

La pregunta busca la afirmación falsa. La opción 3 atribuye a la **enfermedad de Parkinson** una señal que Belloch describe como típica de la **parálisis supranuclear progresiva**: la incapacidad de **enfocar y mover los ojos** correctamente. Las otras tres son frases del DSM-5. El **TNC frontotemporal** se caracteriza por el desarrollo progresivo de cambios en el comportamiento y la personalidad o por déficits en el lenguaje, el **TNC con cuerpos de Lewy** incluye alucinaciones visuales recurrentes y parkinsonismo espontáneo, y la mayoría de las personas con delirium se recupera por completo con o sin tratamiento.

1 Es cierta. Es la característica diagnóstica del TNC frontotemporal.

2 Es cierta. El DSM-5 describe en el TNC con cuerpos de Lewy disfunción cognitiva progresiva, alucinaciones visuales complejas recurrentes y parkinsonismo espontáneo.

3 Es la falsa. Esa señal es propia de la parálisis supranuclear progresiva.

4 Es cierta. Es lo que dice el DSM-5 sobre el curso del delirium.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Delirium, pág. 600; TNC frontotemporal, pág. 615; TNC con cuerpos de Lewy, pág. 619. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 532-533.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 54, PIR 2021 · n.º 87, PIR 2023 · n.º 55, PIR 2025 · n.º 136

89 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento de los trastornos neurocognitivos, señale la respuesta correcta:

1 El uso de antipsicóticos en pacientes con demencia produce efectos adversos muy notables. ✓

2 La intervención farmacológica en las fases más avanzadas de la enfermedad se centra en la administración de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (donezepilo, rivastigmina o galantamina).

3 En las fases leves y moderadas de la enfermedad, la intervención farmacológica se basa en fármacos antagonistas del glutamato (memantina).

4 El uso de fármacos antipsicóticos está especialmente indicado en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy.

Los antipsicóticos en la demencia aportan beneficios modestos y efectos adversos muy notables

Belloch recuerda que, en las demencias, a veces el mejor tratamiento farmacológico es ninguno. Para la **enfermedad de Alzheimer** (DTA) en fase **leve o moderada**, el tratamiento establecido 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 las fases avanzadas, moderada o grave, la terapia de elección más utilizada son los antagonistas del glutamato (**memantina**). El uso de **antipsicóticos** es más frecuente de lo deseado, cuando sus beneficios son modestos y sus efectos adversos muy notables, como parkinsonismos, distonía o somnolencia. En la **demencia por cuerpos de Lewy** están contraindicados, porque pueden inducir la muerte.

1 Es la valoración que hace el manual de los antipsicóticos en la demencia (pág. 536).

2 Intercambia los fármacos. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa son el tratamiento de las fases leve y moderada; en las avanzadas se usa la memantina (pág. 536).

3 También intercambia los fármacos. La memantina se reserva para las fases avanzadas, y en las leves y moderadas se usan los inhibidores de la acetilcolinesterasa (pág. 536).

4 En la demencia por cuerpos de Lewy los antipsicóticos están contraindicados, porque pueden inducir la muerte (pág. 536).

Trampa. Las opciones 2 y 3 intercambian los dos grupos de fármacos y sus fases, y la 4 convierte una contraindicación en una indicación.

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. 536.

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

90 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

Sobre la demencia vascular es correcto afirmar que:

1. Suele presentar un curso de tipo fluctuante y evoluciona en forma de brotes hacia un deterioro progresivo. ✓
2. Es el prototipo de demencia cortical.
3. Su déficit más significativo se encuentra en la memoria episódica, especialmente en el recuerdo demorado.
4. Uno de los criterios de la International Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders (VASCOG) para su diagnóstico, a diferencia de los criterios del National Institute of Neurological Disorders and Stroke Association Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN), es que se requiere la afectación de dos o más dominios, siendo uno de ellos la memoria.

La demencia vascular suele seguir un curso fluctuante, en brotes, hacia el deterioro

Belloch explica que la **demencia vascular** (DV), a diferencia de la DTA, suele presentar un **curso fluctuante** y evoluciona en forma de **«brotes»**. Durante un tiempo el paciente puede no empeorar o incluso mejorar algo, pero la demencia empeora conforme pasa el tiempo y su progreso resulta inevitable. Mientras que en la DTA el déficit más significativo suele ser la **memoria episódica**, sobre todo el recuerdo demorado, en la DV hay mayor afectación de las **funciones ejecutivas**. La DTA es, además, el prototipo de demencia cortical. Los criterios **VASCOG** son más sensibles que los NINDS-AIREN, porque estos últimos exigen la afectación de dos o más dominios, uno de ellos la memoria.

1. Es la descripción del curso de la DV que da el manual (pág. 529).
2. El prototipo de demencia cortical es la DTA, caracterizada por una destrucción masiva de redes cerebrales del córtex (pág. 525).
3. El déficit en la memoria episódica, sobre todo en el recuerdo demorado, caracteriza a la DTA; la DV afecta más a las funciones ejecutivas (pág. 529).
4. Atribuye a los criterios VASCOG lo que el manual dice de los NINDS-AIREN, que son los que exigen dos o más dominios, uno de ellos la memoria (pág. 529).

Trampa. La opción 4 invierte los dos sistemas de criterios, y la 2 y la 3 atribuyen a la DV rasgos de la DTA.

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 529.

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

91 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

La ecmnesia es una alteración que se caracteriza por:

1. Considerar recuerdos del propio pasado como si fueran vivencias del presente. ✓
2. Un falso reconocimiento en el que el individuo cree que una persona familiar es en realidad desconocida.
3. Un falso reconocimiento en el que el individuo cree que es la primera vez que vivencia una situación.
4. Una experiencia en la que un recuerdo se vivencia como una producción o idea original.

La ecmnesia hace vivir recuerdos del propio pasado como si fueran actuales

Belloch sitúa la **ecmnesia** entre las paramnesias del recuerdo, como una modalidad peculiar de la **confabulación**. La persona considera algunos recuerdos del propio pasado como si fueran actuales y, en ocasiones, se comporta como si estuviera viviendo aquella experiencia, como la anciana que espera en la ventana el carro del vendedor ambulante de horchata mientras llama a su mamá. Los distractores describen otras alteraciones del mismo capítulo, el **síndrome de Capgras**, el **jamais vu** y la **criptomnesia**.

1. Es la definición de ecmnesia que da el manual (pág. 215).
2. Se parece al síndrome de Capgras, en el que el paciente cree que una persona importante en su vida ha sido usurpada por un impostor con exactamente la misma apariencia (pág. 217).
3. Describe el jamais vu, en el que la persona conoce una situación pero no experimenta ninguna sensación de familiaridad (pág. 215).
4. Es la criptomnesia, en la que un recuerdo no se experimenta como tal y la persona cree que es una producción original, vivida por primera vez (pág. 214).

Para fijarlo. En la ecmnesia el pasado vuelve a ser presente; en la criptomnesia lo recordado parece nuevo.

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).

92 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Una modalidad de alucinación en la que la convicción de la realidad "exterior" de la imagen alucinada es escasa o nula es la siguiente:

1 Pseudoalucinación. ✓

2 Alucinación funcional.

3 Imagen alucinante.

4 Imagen refleja.

En la pseudoalucinación la convicción de realidad exterior es escasa o nula

Belloch define la **pseudoalucinación** como una modalidad de alucinación, sobre todo visual o auditiva, en la que la **convicción de realidad «exterior»** de la imagen alucinada es escasa o nula. La persona las vive con claridad, pero las describe como visiones o imaginaciones porque no las considera reales, como quien, tras enviudar, «oye» la voz de su pareja fallecida. En las **alucinaciones funcionales**, en cambio, se perciben a la vez un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad sensorial, y el manual las considera **verdaderas alucinaciones**. En las **alucinaciones reflejas**, un estímulo de una modalidad desencadena una alucinación en otra.

1 Es la definición de pseudoalucinación del manual (pág. 166).

2 En la alucinación funcional se perciben a la vez un estímulo y una imagen alucinada en la misma modalidad, y el manual la considera una verdadera alucinación (págs. 157 y 163).

3 «Imagen alucinante» no es un término de la clasificación de engaños perceptivos del manual.

4 El manual no usa el término «imagen refleja». Lo más próximo son las alucinaciones reflejas, en las que el paciente puede estar convencido de que el estímulo causa su sensación (pág. 164).

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. 157 y 163-166.

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

93 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 4

Respecto de la bulimia nerviosa (BN), señale la opción FALSA:

1 Una desviación temprana en el peso, tanto por exceso como por defecto, posiblemente asociada a alteraciones metabólicas tempranas, constituye un predictor de padecimiento posterior de BN.

2 Entre los factores psicológicos asociados a la BN destaca el rasgo de evitación del daño.

3 Las personas con BN presentan importantes dificultades a la hora de afrontar emociones intensas positivas.

4 No parece existir ningún riesgo de BN asociado a la prematuridad del nacimiento. ✓

La prematuridad del nacimiento se asocia a un mayor riesgo de bulimia nerviosa

Belloch recoge que los estudios sobre factores perinatales en la **bulimia nerviosa** (BN) son escasos, pero sus resultados señalan que una **desviación en el peso**, por exceso o por defecto, posiblemente asociada a alteraciones metabólicas tempranas, predice un padecimiento posterior de BN. También se observa un **mayor riesgo asociado a la prematuridad** en el nacimiento y a una mayor edad de los progenitores, aunque en menor grado que en la anorexia. Entre los factores psicológicos destacan la búsqueda de novedades, la **evitación del daño** y la persistencia. Un rasgo muy característico es la **intolerancia emocional**, con serias dificultades para afrontar emociones intensas, negativas y también positivas. Por eso la opción 4 es la falsa.

1 Es cierta. Una desviación en el peso, por exceso o por defecto, posiblemente asociada a alteraciones metabólicas tempranas, predice un padecimiento posterior de BN (pág. 429).

2 Es cierta. Destacan los rasgos de evitación del daño y persistencia, aunque no parecen tan elevados como en la anorexia (pág. 429).

3 Es cierta. La intolerancia emocional abarca las emociones intensas negativas y también las positivas (pág. 429).

4 Es la falsa. El manual observa un mayor riesgo de BN asociado a la prematuridad del nacimiento (pág. 429).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 429.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

94 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

La experiencia conocida como laguna temporal se define como:

1 Una alteración de la memoria caracterizada por amnesia selectiva.

2 Una alteración de la orientación temporal que no afecta a la orientación espacial ni personal.

3 Una alteración de la atención que se puede producir mientras se realiza una tarea automática. ✓

4 Una alteración de la conciencia que cursa con disminución del estado de alerta.

La laguna temporal es una alteración de la atención durante una tarea automática

Belloch describe la **laguna temporal**, junto con la ausencia mental, como una de las **alteraciones de la concentración** descritas por Reed (1988), anómalas pero por lo general no patológicas. El individuo presenta una «laguna en el tiempo» de la que no puede recordar nada, aunque estaba realizando una **tarea automática** que no requería esfuerzo cognitivo, como conducir. No es un problema de **amnesia** estrictamente hablando, porque no hay desorientación persistente espaciotemporal ni otras características de la amnesia. El individuo no recuerda porque no ha atendido conscientemente al entorno y no ha ocurrido nada relevante. El fenómeno se explica por el **procesamiento automático**.

1 Aunque la persona diga que no recuerda, el manual aclara que no es un problema de amnesia estrictamente hablando (pág. 128).

2 En la laguna temporal no se presenta desorientación persistente espaciotemporal (pág. 128).

3 Es la definición del manual, una ausencia de registro de acontecimientos mientras se realiza una tarea controlada por el procesamiento automático (pág. 128).

4 El manual la incluye entre las alteraciones de la concentración, dentro de la psicopatología de la atención, y no la describe como una disminución del estado de alerta (pág. 127).

Para fijarlo. El conductor que llega sin recordar el trayecto no ha olvidado nada; iba con el piloto automático puesto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

95 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

La atmósfera delirante es una alteración que se caracteriza por ser:

1 Una idea delirante secundaria sobre el significado del mundo.

2 Una idea delirante primaria en la que la persona tiene la experiencia de que el mundo ha cambiado. ✓

3 Una idea delirante secundaria en la que la persona varía sus interpretaciones de las percepciones.

4 Una idea delirante primaria asociada a la reconstrucción delirante de recuerdos.

La atmósfera delirante es un delirio primario en el que el mundo parece haber cambiado

Jaspers distinguió los **delirios primarios**, autónomos, originales e incomprensibles psicológicamente, de los **secundarios**, que surgen como intentos de explicar experiencias anómalas previas y son comprensibles. Belloch recoge sus cuatro tipos de delirios primarios, la intuición delirante, la percepción delirante, la **atmósfera o humor delirante** y los **recuerdos delirantes**. La atmósfera delirante consiste en la experiencia subjetiva de que el **mundo ha cambiado** (desrealización) de un modo sutil, pero siniestro, inquietante y difícil de definir, aunque la persona «sabe» que está involucrada personalmente. Suele acompañarse de un estado de ánimo muy alterado.

1 Jaspers la clasifica entre los delirios primarios; los secundarios son los que surgen como explicación de experiencias anómalas previas (pág. 257).

2 Es la definición de atmósfera delirante (págs. 257-258).

3 Además de clasificarla como secundaria, describe algo próximo a la percepción delirante, otro tipo de delirio primario que interpreta de forma delirante una percepción normal (pág. 257).

4 La reconstrucción delirante de un recuerdo real corresponde a los recuerdos delirantes, el cuarto tipo de delirio primario (pág. 258).

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. 257-258.

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

96 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 4

Las contracciones incontrolables, violentas y difusas de la musculatura voluntaria se denominan:

1 Tics.

2 Automatismos.

3 Acatisia.

4 Convulsiones. ✓

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

Belloch define las **convulsiones** como la contracción violenta, incontrolable y difusa de la musculatura voluntaria. Son características de la **epilepsia**, pero también se dan en traumatismos craneales, abstinencia al alcohol, tumores, trastornos metabólicos o asociadas a la fiebre en niños. Los **tics** son movimientos involuntarios repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo. Los **automatismos** son movimientos involuntarios repetitivos que se realizan sin control consciente. La **acatisia** se define por la sensación subjetiva de inquietud y tensión y el impulso irrefrenable de moverse.

1 Los tics son movimientos involuntarios repentinos, intermitentes, espasmódicos y sin objetivo (pág. 329).

2 Los automatismos son movimientos involuntarios repetitivos, sin control consciente, en los que la persona mantiene la postura y el tono muscular (pág. 329).

3 La acatisia se define por la sensación subjetiva de inquietud, tensión y el impulso irrefrenable de moverse (pág. 329).

4 Es la definición de convulsiones del manual (pág. 328).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 328-329.

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

97 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-5 respecto del trastorno de ansiedad por separación (TAS), señale la afirmación correcta:

1 Para poder realizar un diagnóstico de TAS en niños y adultos, los síntomas tienen que haber estado presentes durante al menos 4 meses.

2 Para poder realizar un diagnóstico de TAS en niños, los síntomas tienen que haber estado presentes durante al menos 6 meses.

3 Es suficiente que los síntomas hayan estado presentes 4 semanas para hacer un diagnóstico de TAS, tanto en niños como en adultos.

4 Para poder realizar un diagnóstico de TAS en adultos, los síntomas tienen que haber estado presentes al menos 6 meses. ✓

La ansiedad por separación exige cuatro semanas en niños y típicamente seis meses en adultos

El **criterio B** del **trastorno de ansiedad por separación** pide que el miedo, la ansiedad o la evitación sean persistentes y duren **al menos 4 semanas en niños y adolescentes** y **típicamente 6 meses o más en adultos**. El manual matiza que en los adultos la duración debe usarse a título orientativo, con cierta flexibilidad. El diagnóstico en adultos es posible desde el DSM-5, porque el DSM-IV exigía que el inicio fuera **anterior a los 18 años** y una duración de al menos 4 semanas para todos.

1 Cuatro meses no aparece en el criterio, y la duración no es la misma en niños y en adultos.

2 En los niños bastan 4 semanas; los 6 meses son la referencia de los adultos.

3 Las 4 semanas valen para niños y adolescentes, pero en los adultos la duración típica es de 6 meses o más.

4 Es la duración del criterio B para los adultos.

Para fijarlo. Un mes en el niño, medio año en el adulto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad por separación, págs. 191-192. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de ansiedad por separación, pág. 120.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 93, PIR 2018 · n.º 117, PIR 2019 · n.º 139

98 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes modelos etiológicos sobre el trastorno de pánico confiere una especial relevancia al concepto de autoeficacia con respecto al pánico:

1 El modelo integrador cognitivo de Casey, Oei y Newcombe (2004). ✓

2 El modelo cognitivo de Clark (1986).

3 El modelo integrador de Barlow (Barlow y Durand, 2003).

4 El modelo de aprendizaje interoceptivo de Wolpe y Rowan (1988).

El modelo de Casey, Oei y Newcombe incorpora la autoeficacia hacia el pánico

Belloch explica que **Casey et al.** (2004) modificaron el **modelo cognitivo de Clark** incorporando el concepto de **autoeficacia hacia el pánico**, es decir, el papel de las cogniciones positivas. Su «modelo cognitivo integrativo» considera mediadores del trastorno tanto las cogniciones negativas (interpretaciones catastrofistas) como las positivas (autoeficacia), y deriva de la teoría de la autoeficacia de Bandura. Clark explicó el pánico por la **interpretación catastrofista** de las sensaciones corporales, y Wolpe y Rowan propusieron un modelo de **condicionamiento pavloviano** de tipo interoceptivo. Caballo presenta el modelo integrador de Barlow y Durand, que enfatiza los aspectos psicológicos integrando factores biológicos y sociales.

1 Es el modelo que incorpora la autoeficacia hacia el pánico al modelo de Clark (Belloch, pág. 51).

2 El modelo de Clark se basa en la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales; la autoeficacia la añadieron después Casey et al. (Belloch, págs. 50-51).

3 El modelo de Barlow y Durand integra factores biológicos, psicológicos y sociales, y destaca la vulnerabilidad psicológica y el condicionamiento interoceptivo de las falsas alarmas (Caballo, págs. 242-243).

4 Wolpe y Rowan elaboraron un modelo basado en el condicionamiento pavloviano de tipo interoceptivo (Belloch, pág. 51).

Ojo. Belloch añade una reformulación posterior, el modelo trifactorial de Sandín et al. (2015), que suma la sensibilidad a la ansiedad a las interpretaciones catastrofistas de Clark y la autoeficacia de Casey et al. (págs. 51-52).

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. 50-52. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 6, págs. 242-245.

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

99

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

En relación con el trastorno de ansiedad generalizada, señale la afirmación correcta sobre el papel de la preocupación en el modelo de Borkovec y colaboradores:

1. La preocupación se mantiene porque reduce la ansiedad y la activación fisiológica asociada a las imágenes negativas. ✓
2. Las creencias negativas sobre la preocupación activan las preocupaciones tipo 2.
3. La aprensión ansiosa está en la base de la preocupación.
4. La intolerancia a la incertidumbre activa la cadena de preocupación y la evitación cognitiva.

Para Borkovec la preocupación se mantiene porque reduce la activación asociada a imágenes negativas

En el **modelo de evitación emocional** de Borkovec et al., la **preocupación** es una actividad de pensamiento lingüístico-verbal que inhibe las imágenes mentales vívidas y la activación autónoma y emocional asociadas. Es una forma de **evitación cognitiva**, que trata de reducir la activación simpática ante las amenazas y eliminar las imágenes desagradables. Por eso se **refuerza negativamente**, ya que las imágenes catastrofistas son reemplazadas por una actividad verbal menos estresante y de menor activación somática. Las otras opciones corresponden a otros modelos del mismo capítulo, el metacognitivo de Wells, la aprensión ansiosa de Barlow y la **intolerancia a la incertidumbre** de Dugas et al.

1. Es el mecanismo de refuerzo negativo que propone el modelo de Borkovec (pág. 57).
2. Las creencias negativas sobre la preocupación activan las preocupaciones de tipo 2 en el modelo metacognitivo de Wells (pág. 60).
3. La aprensión ansiosa es el concepto central del modelo de Barlow, que consideraba el TAG el trastorno de ansiedad «básico» (pág. 57).
4. La intolerancia a la incertidumbre es el eje del modelo de Dugas et al., aunque este se basa en el de Borkovec (pág. 59).

Trampa. Las cuatro opciones describen bien un modelo del TAG; la pregunta exige atribuir cada idea a su autor.

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. 57-60.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

100

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

Respecto del trastorno bipolar I, señale la afirmación correcta:

1. El comienzo del trastorno se circunscribe a los primeros años de la edad adulta.
2. El comienzo del trastorno puede darse a lo largo de todo el ciclo vital. ✓
3. Solo un 30% (aproximadamente) de los episodios maníacos ocurre inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor.
4. Los pacientes que tienen 3 o más episodios (de depresión mayor, manía o hipomanía) en un año, se les aplicaría el especificador “con ciclos rápidos”.

El trastorno bipolar I puede comenzar a lo largo de todo el ciclo vital

En el apartado de desarrollo y curso del **trastorno bipolar I**, el DSM-5 dice que **el comienzo puede ser a lo largo de todo el ciclo vital**, incluso con cuadros iniciales a los 60 o 70 años, aunque la edad media de comienzo ronda los 18. En el mismo apartado figuran los datos que desmontan los distractores. Más del 90 % de quienes tienen un episodio maníaco vuelve a tener episodios, **aproximadamente el 60 %** de los episodios maníacos ocurre inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor y el especificador **con ciclos rápidos** exige **cuatro o más** episodios en un año.

1. El manual no limita el inicio a la edad adulta temprana y admite cuadros iniciales a los 60 o 70 años.
2. Es la frase del DSM-5.
3. El DSM-5 da aproximadamente un 60 %, el doble de lo que dice la opción.
4. El especificador requiere cuatro o más episodios en un año.

Ojo. El DSM-5-TR cambia los datos de inicio. Sitúa la edad máxima de comienzo entre los 20 y los 30 años, con una media de 22 años en Estados Unidos, y mantiene que el debut puede producirse a lo largo de todo el ciclo vital, el 60 % de episodios maníacos previos a una depresión mayor y los cuatro episodios de los ciclos rápidos (pág. 146).

Trampa. Las opciones 3 y 4 conservan el tema y cambian el número (30 por 60 y tres por cuatro).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, desarrollo y curso, pág. 130.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 126, PIR 2020 · n.º 181

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

Si un paciente presenta uno o más síntomas somáticos que causan malestar y pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas y un grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o de los síntomas; según el DSM-5, ¿qué diagnóstico debería recibir?:

1. Trastorno de síntomas somáticos. ✓
2. Trastorno de ansiedad por la enfermedad.
3. Hipocondría.
4. Trastorno de pánico.

Síntomas somáticos que causan malestar más pensamientos y ansiedad excesivos definen el trastorno de síntomas somáticos

El caso reproduce los dos primeros criterios del **trastorno de síntomas somáticos**. El criterio A pide uno o más **síntomas somáticos** que causen malestar o problemas en la vida diaria. El criterio B, pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos, con al menos uno de estos tres: **pensamientos desproporcionados** y persistentes sobre la gravedad de los síntomas, **ansiedad persistentemente elevada** por la salud o los síntomas, o tiempo y energía excesivos dedicados a ellos. Falta el dato de duración (criterio C, por lo general más de 6 meses), pero ninguna otra opción encaja.

1. Coinciden los criterios A y B del trastorno.
2. El trastorno de ansiedad por enfermedad exige que no haya síntomas somáticos o que sean únicamente leves (criterio B), y aquí causan malestar.
3. La hipocondría ya no existe en el DSM-5; sus casos se reparten entre el trastorno de síntomas somáticos y el de ansiedad por enfermedad.
4. En el trastorno de pánico los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud aparecen en episodios agudos, ligados a los ataques; en el caso son persistentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de síntomas somáticos, págs. 311 y 314; trastorno de ansiedad por enfermedad, pág. 315.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 95, PIR 2022 · n.º 77

102

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

La CIE 11 incluye entre sus novedades el trastorno de disforia por la integridad corporal (body integrity dysphoria); señale cuál es su característica principal:

1. El malestar por alguna parte del cuerpo que se percibe como no acorde con la propia identidad.
2. El deseo intenso y persistente de tener una discapacidad física importante. ✓
3. Tener una intensa sensación de despersonalización y disgregación de las diferentes partes del cuerpo.
4. Sentir un intenso miedo a que alguna parte del cuerpo (en especial una extremidad) se disgregue del propio cuerpo.

La disforia por la integridad corporal se define por el deseo persistente de tener una discapacidad física importante

La CIE-11 incluye por primera vez la **disforia por la integridad corporal** (DIC) en un sistema de diagnóstico psiquiátrico; el DSM-5 no la recoge. Su primera característica esencial, en la tabla 9.3 de Belloch, es **un deseo intenso y persistente por tener una discapacidad física importante** (amputación de una pierna, paraplejia, ceguera), acompañado de incomodidad persistente o sentimientos negativos intensos sobre el funcionamiento o la configuración actual del cuerpo. El deseo tiene consecuencias perjudiciales y comienza en la **adolescencia temprana**. Según el manual, el término «disforia» subraya el malestar emocional de quien no admite su cuerpo como una entidad compuesta por extremidades que surgen de un tronco único. La persona no alberga creencias delirantes sobre su cuerpo: siente que solo estará «correcta» si está discapacitada.

1. Belloch vincula la DIC con un problema de identidad en relación con el esquema corporal, pero lo que la define es el deseo de discapacidad. Un malestar centrado en el desajuste entre el cuerpo y la identidad remite más bien a la disforia de género, que la característica esencial n.º 5 obliga a descartar.
2. Es la primera característica esencial de la tabla 9.3.
3. La despersonalización no figura entre las características de la DIC. Lo que la persona busca es modificar su cuerpo para que se ajuste al esquema corporal que tiene de sí misma.
4. El miedo a perder una parte del cuerpo es contrario al cuadro, porque la persona desea la amputación y puede intentar provocarla con autolesiones. Si existiera la convicción delirante de que la pierna pertenece a otra persona, el cuadro se explicaría mejor por un trastorno psicótico (característica esencial n.º 4).

Para fijarlo. Muchas personas con DIC se vendan la pierna o usan en secreto silla de ruedas o muletas para simular la discapacidad que desean.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 287-288 y tabla 9.3. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6C21 Disforia de la integridad corporal.

EN EL ATLAS

Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y CIE-11 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 85

103

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno facticio aplicado a otros (DSM-5), indique la respuesta FALSA:

1. En el DSM-5 está incluido dentro de los trastornos de síntomas somáticos.
2. Implica la falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos en otro individuo, asociados a un engaño identificado.
3. El diagnóstico se aplica tanto al autor como a la víctima. ✓
4. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.

En el trastorno facticio aplicado a otro solo el autor recibe el diagnóstico

La pregunta busca la afirmación falsa. Los criterios del **trastorno facticio aplicado a otro** (antes por poderes) llevan una nota explícita: **el diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima**. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de **maltrato**. Las otras tres opciones son ciertas. El trastorno facticio está en el capítulo de **trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados**, su criterio A habla de falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos en otro asociada a un engaño identificado, y el criterio C exige que el engaño sea evidente sin una recompensa externa obvia.

1. Es cierta. El DSM-5 incluye el trastorno facticio en el capítulo de síntomas somáticos porque la mayoría de los casos se presentan con síntomas somáticos y convicción de enfermedad.
2. Es cierta. Reproduce el criterio A del trastorno facticio aplicado a otro.
3. Es la falsa. Según la nota de los criterios, el diagnóstico se aplica al autor y no a la víctima.
4. Es cierta. Es el criterio C, común a las dos formas del trastorno facticio.

Trampa. Pregunta en formato FALSA con tres opciones que copian casi al pie de la letra los criterios. La que cambia una palabra («tanto al autor como a la víctima») es la falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Introducción del capítulo, pág. 310; trastorno facticio, págs. 324-325.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 37, PIR 2018 · n.º 91, PIR 2019 · n.º 126, PIR 2022 · n.º 25

104

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

En general, cabe afirmar que las alucinaciones no se fundamentan en estímulos realmente existentes fuera del individuo; no obstante (señale la opción FALSA):

1. Las pseudoalucinaciones son reconocidas como subjetivas y ubicadas dentro del interior del sujeto.
2. En las alucinaciones funcionales sí hay, de algún modo, intervención estimular, y la alucinación desaparece cuando desaparece el estímulo.
3. Las alucinaciones funcionales son frecuentes en la esquizofrenia.
4. En las alucinaciones negativas el sujeto no percibe el objeto y se comporta, en consecuencia, como si su ausencia fuera real. ✓

Quien tiene una alucinación negativa no percibe el objeto, pero actúa como si siguiera ahí

La pregunta pide la opción falsa. Belloch describe las **alucinaciones negativas** como el polo opuesto de una alucinación: el sujeto no percibe algo que existe y está al alcance de sus sentidos. Lo diferencial es la conducta. El paciente con alucinaciones «ordinarias» actúa en consonancia con su experiencia, pero el que experimenta alucinaciones negativas no percibe el objeto y **tampoco se comporta como si su ausencia fuera real**: si dice que no ve a una persona que está en la sala, no intenta atravesarla y hace ademán de esquivarla. Por eso algunos autores la acercan más a la **sugestión** que a las verdaderas alucinaciones (Reed, 1988). La opción 4 afirma lo contrario.

1. Las pseudoalucinaciones están a medio camino entre las imágenes normales y las alucinaciones: la persona reconoce que son subjetivas y que ocurren en el espacio subjetivo interno, aunque las vive con la viveza de una alucinación.
2. En las alucinaciones funcionales, un estímulo externo que se percibe correctamente desencadena la alucinación en la misma modalidad sensorial, y ambas aparecen y desaparecen a la vez; cuando cesan las campanadas del reloj, el paciente deja de oír la voz.
3. El manual afirma que la alucinación funcional es frecuente en la esquizofrenia, sobre todo en pacientes crónicos.
4. Es la afirmación falsa, porque el paciente tampoco se comporta como si la ausencia del objeto fuera real.

> **Trampa.** La opción falsa copia casi entera la definición del manual y le quita una negación («tampoco se comporta»).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.6 y págs. 163-165.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 150

105

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, ¿en cuál de las siguientes disfunciones sexuales se especifica que “la evaluación de la deficiencia la hace el clínico”:

1. Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. ✓
2. Trastorno del interés/excitación sexual femenino.
3. Eyaculación prematura (precoz).
4. Eyaculación retardada.

El criterio del deseo sexual hipoactivo en el varón deja al clínico la evaluación de la deficiencia

El criterio A del **trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón** pide fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. Añade que **la evaluación de la deficiencia la hace el clínico**, teniendo en cuenta factores como la **edad** y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo. El DSM-IV ya pedía ese juicio clínico para el deseo sexual hipoactivo. Las otras tres disfunciones se definen con otros parámetros, como una lista de manifestaciones o la **latencia de la eyaculación**.

1. Es la frase literal de su criterio A.
2. El trastorno del interés/excitación sexual femenino se define por una lista de manifestaciones de interés o excitación ausentes o reducidos, sin esa fórmula.
3. La eyaculación prematura (precoz) se define por la latencia: sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee.
4. La eyaculación retardada se define por el retardo marcado, la infrecuencia o la ausencia de eyaculación en casi todas o todas las ocasiones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Eyaculación retardada, pág. 424; trastorno del interés/excitación sexual femenino, pág. 433; trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, pág. 440; eyaculación prematura (precoz), pág. 443. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales, deseo sexual hipoactivo, págs. 508 y 510.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 101, PIR 2015 · n.º 199

106 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 3

Un trastorno del lenguaje no fluente, con buena repetición, es característico de la afasia:

1. De conducción.
2. De Broca.
3. Transcortical motora. ✓
4. De Wernicke.

La afasia transcortical motora combina un habla espontánea pobre con una repetición conservada

En la tabla 9.1 de Belloch, la **afasia motora transcortical** (lesión frontal por encima del área de Broca) tiene un habla muy afectada, que «tiende a la reducción e inercia», y una comprensión auditiva dentro de lo normal. Su rasgo distintivo es que **la fluidez es normal en la repetición** y al nombrar objetos, pero se reduce en las emisiones espontáneas. Los tres distractores fallan en la repetición: la **afasia de Broca** tiene repetición pobre, la de **Wernicke** también y la de **conducción** tiene la repetición muy deteriorada. La repetición conservada es lo que comparten las afasias transcorticales (en la sensorial, fluidez y repetición son normales; en la mixta, hay fluidez al repetir).

1. La afasia de conducción no tiene falta grave de fluidez y su rasgo más llamativo es la repetición muy deteriorada.
2. La afasia de Broca es no fluente, pero su repetición es pobre.
3. Habla muy afectada en la emisión espontánea y fluidez normal al repetir.
4. La afasia de Wernicke tiene fluidez normal y repetición pobre, así que falla en los dos rasgos del enunciado.

TABLA 9.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNDROMES AFÁSICOS CORTICALES (FILAS DE LAS AFASIAS DE LAS OPCIONES)

Síndrome	Lugar de la lesión	Habla (output)	Comprensión auditiva (input)	Otros problemas característicos
Afasia de Broca	Frontal, 3.ª circunvolución, sección opercular y triangular (posterior inferior).	Laboriosa por los trastornos articulatorios. Con parafasias fonémicas.	Más preservada, pero puede estar afectada.	Agramatismo y falta de fluidez. Repetición pobre.
Afasia de Wernicke	Temporal, 1.ª circunvolución, sector posterosuperior.	Sin trastornos articulatorios Con neologismos y/o parafasias. Puede carecer de significado.	De pobre a muy pobre.	Fluidez normal. Repetición pobre y anomia.
Afasia de conducción	Parietal, zona del fascículo arqueado.	Frecuentes parafasias fonémicas.	Normal, aunque puede estar algo afectada.	Sin falta grave de fluidez, muy deteriorada la repetición. Anomia.
Afasia motora transcortical	Frontal (por encima del área Broca). Circuito desde el área motora suplementaria, fascículo subcalloso hasta los ganglios basales y el área de Broca.	Muy afectada. Tiende a la reducción e inercia.	Dentro de lo normal.	La fluidez es normal en la repetición y al nombrar objetos, pero se reduce en las emisiones espontáneas. Anomia.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 9, tabla 9.1, pág. 286

Para fijarlo. «Transcortical» se traduce por repetición conservada; «motora», por habla espontánea pobre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, tabla 9.1, pág. 286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 75

107

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes aspectos constituye un factor mantenedor de los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn y colaboradores, 2003):

1. Separación o pérdida.
2. Críticas sobre el cuerpo.
3. Aislamiento social. ✓
4. Enfermedad adelgazante.

En la teoría transdiagnóstica de Fairburn el aislamiento social mantiene el trastorno alimentario

Para Caballo, la **teoría transdiagnóstica** de Fairburn et al. (2003, 2008) es la que más factores etiológicos integra. Parte de una psicopatología nuclear común, los esquemas disfuncionales sobre la **sobrevaloración de la figura, el peso, el comer y su control**, y entiende la dieta como algo muy reforzante al principio porque da sensación de control. **Al mantenimiento del trastorno contribuyen el aislamiento social**, la aparición de atracones, las conductas purgativas, el afecto negativo y las preocupaciones que todo ello genera. Las otras tres opciones son **factores desencadenantes**: Belloch cita las situaciones estresantes o transiciones vitales que ocasionan una pérdida subjetiva de control, un comentario sobre la figura o el peso y una pérdida de peso por cualquier motivo, como una enfermedad.

1. Una separación o una pérdida encaja en las situaciones estresantes o transiciones vitales que Belloch sitúa entre los factores desencadenantes.
2. Según Belloch, es habitual que el trastorno se inicie a raíz de un comentario sobre la figura o el peso; es un desencadenante.
3. El aislamiento social figura entre los factores que mantienen el trastorno.
4. Una pérdida significativa de peso por una enfermedad, que los demás refuerzan por el «buen aspecto», es otro desencadenante.

Ojo. Belloch 2020 (Base del tema) recoge los desencadenantes (pág. 424) y, como elementos que dificultan la recuperación según Fairburn et al. (2003), el perfeccionismo rígido, la baja autoestima, la intolerancia a las emociones y las dificultades interpersonales (pág. 422). El aislamiento social como factor de mantenimiento está en Caballo.

Trampa. Las opciones falsas son factores reales del trastorno, pero de inicio; la pregunta pide uno de mantenimiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 21, apdo. 6.4, págs. 683-684. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 422 y 424.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Caballo (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

108

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema, la intensidad y duración de los síntomas depresivos se verá agravada cuando ante los primeros síntomas:

1. La persona realice respuestas evitativas.
2. La persona adopte un estilo de respuesta rumiativo. ✓
3. La persona realice conductas y ponga en marcha pensamientos de distracción.
4. La persona realice atribuciones fatalistas sobre lo ocurrido.

Rumiar ante los primeros síntomas depresivos alarga y agrava la depresión

La **teoría de los estilos de respuesta** de Nolen-Hoeksema (1991) explica el curso de los trastornos depresivos. Propone que la manera de responder a los primeros síntomas influye en su duración y gravedad: las personas con **respuestas rumiativas** sufren los síntomas durante más tiempo y con mayor intensidad que las que son capaces de **distraerse** de ellos. Las respuestas rumiativas son conductas y pensamientos que focalizan la atención en los síntomas depresivos y en sus implicaciones, como aislarse para pensar en ellos o hablar todo el tiempo sobre ellos. La rumiación intensifica el pensamiento negativo, reduce la generación de soluciones, interfiere con las conductas que dan reforzamiento y disminuye el efecto beneficioso del **apoyo social**.

1. La teoría contrapone el estilo rumiativo al de distracción y no se formula en términos de respuestas evitativas. Aislarse para pensar en los síntomas forma parte de la rumiación.
2. Es el estilo de respuesta que, según la teoría, agrava y prolonga los síntomas.
3. Las conductas y pensamientos de distracción, como salir con los amigos o practicar deportes, son el estilo opuesto: quien se distrae sufre los síntomas menos tiempo y con menor intensidad.
4. La interpretación «fatalista» de los problemas define el estilo atribucional de la desesperanza de Abramson et al. (1989), otro factor de vulnerabilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 217-218.

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

109

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Revisar

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes NO es una de las ideas principales del modelo de Barlow (1986) para la disfunción eréctil?:

1. La presentación de distractores de carácter neutro (no sexual) disminuye la activación de las personas con disfunción.
2. Las personas funcionales y las disfuncionales reaccionan de igual manera a los distractores cuando son estímulos sexuales. ✓
3. Las personas con disfunción se distraen de las claves eróticas de la situación cuando aparecen estímulos distractores que suponen una demanda de rendimiento sexual.
4. En las personas sin disfunción la activación sexual se ve facilitada por los estímulos sexuales que implican demanda de rendimiento sexual.

En el modelo de Barlow los estímulos sexuales distractores afectan de forma distinta a funcionales y disfuncionales

Belloch resume en cuatro ideas el **modelo de Barlow (1986)**, que parte de que la ansiedad no siempre inhibe la respuesta sexual. La segunda dice que las personas funcionales y las disfuncionales **reaccionan de manera distinta** a los distractores cuando son estímulos sexuales. Las que tienen disfunción se distraen de las claves eróticas cuando aparecen estímulos que suponen una **demanda de rendimiento sexual**; en las que no la tienen, esos estímulos facilitan la activación. La opción 2 dice que reaccionan «de igual manera», así que no es una idea del modelo. La clave oficial es la 2, aunque la opción 1 también contradice el texto del manual (véase el ojo).

1. El manual dice que los distractores neutros disminuyen la activación sexual de las personas sin disfunción y no alteran la de las disfuncionales; la opción atribuye el efecto al grupo contrario.
2. Contradice la segunda idea del modelo, que habla de reacciones distintas.
3. Es literal de la segunda idea: las personas con disfunción se distraen de las claves eróticas ante estímulos distractores que suponen una demanda de rendimiento sexual.
4. También es literal: en las personas sin disfunción, los estímulos sexuales que implican demanda facilitan la activación sexual.

Ojo. Clave discutible. La opción 1 dice que los distractores neutros disminuyen la activación de las personas con disfunción, y Belloch afirma que no la alteran (pág. 455) o que incluso la mejoran (pág. 457). Con el manual, las opciones 1 y 2 serían ajenas al modelo. La clave oficial (2) no se cambia; la pregunta no se anuló.

Trampa. Las opciones copian el texto del manual cambiando un término («de igual manera», «con disfunción»); hay que comprobar a qué grupo se atribuye cada efecto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 455-458 y figura 14.1.

EN EL ATLAS

Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

110

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

Respecto de la disforia de género, señale la opción correcta (DSM-5):

1 Los sujetos con trastorno somático del desarrollo sexual presentan correlaciones altas de la identidad sexual final con el grado de producción y de utilización prenatal de andrógenos.

2 En general, la evidencia actual resulta suficiente para etiquetar la disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual como una forma de intersexualidad limitada al sistema nervioso central.

3 La preocupación relacionada con deseo de cambio de sexo puede aparecer a cualquier edad a partir de los 6 años, aproximadamente.

4 La conducta sexual atípica, por sí misma, no debería interpretarse como un indicador de disforia de género presente o futura. ✓

La conducta sexual atípica por sí sola no indica una disforia de género presente o futura

Al tratar los factores genéticos y fisiológicos de la **disforia de género**, el DSM-5 explica que muchos sujetos con **trastornos del desarrollo sexual** y marcada conducta sexual atípica no desarrollan disforia de género. Por eso, la **conducta sexual atípica** por sí misma no debería interpretarse como un **indicador** de disforia de género presente o futura. Los distractores deforman otras frases del manual: la correlación con los andrógenos prenatales es solo «alguna», la evidencia es **insuficiente** para hablar de una intersexualidad limitada al sistema nervioso central y la preocupación puede aparecer tras los primeros 2-3 años de infancia.

1 El DSM-5 habla de «alguna correlación» de la identidad sexual final con la producción y la utilización prenatal de andrógenos, no lo bastante sólida para sustituir a la entrevista diagnóstica.

2 El manual dice lo contrario: la evidencia actual es insuficiente para etiquetarla como una forma de intersexualidad limitada al sistema nervioso central.

3 La preocupación por los deseos de cambio de sexo puede aparecer a cualquier edad tras los primeros 2-3 años de infancia, mucho antes de los 6.

4 Es la frase del DSM-5.

> **Trampa.** Tres opciones copian frases del manual cambiando un cuantificador: «alguna» por «altas», «insuficiente» por «suficiente» y «2-3 años» por 6.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, pág. 457.

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 2020 · n.º 93, PIR 2021 · n.º 124

111

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Respecto de los ataques de pánico, señale la opción FALSA:

1. Una afección médica que puede causar (asociarse a) ataques de pánico es el hiperparatiroidismo.
2. Las pruebas de laboratorio (p. ej., los niveles de calcio en el suero) han mostrado utilidad para determinar el papel etiológico de las afecciones médicas en los ataques de pánico.
3. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar, posteriormente, trastornos bipolares.
4. La edad de aparición de los ataques de pánico no se ha mostrado útil de cara al análisis de las hipótesis etiológicas en los pacientes. ✓

La edad de aparición de los ataques de pánico orienta sobre una posible causa médica o tóxica

La pregunta pide la afirmación falsa. En el diagnóstico diferencial del **especificador del ataque de pánico**, el DSM-5 cita el **hiperparatiroidismo** entre las afecciones médicas que pueden causar ataques, y dice que pruebas como el **calcio sérico** podrían ayudar a determinar el papel etiológico de la afección. Añade que una **aparición después de los 45 años**, o los síntomas atípicos durante el ataque, sugieren que una afección médica o una sustancia pueden estar causándolo. Por eso la edad sí es útil. En comorbilidad, los ataques se asocian a más probabilidad de desarrollar después **trastornos bipolares**.

1. Es cierta; el hiperparatiroidismo está en la lista de afecciones médicas que pueden causar ataques de pánico.
2. Es cierta; el manual pone como ejemplo los niveles de calcio en el suero para el hiperparatiroidismo.
3. Es cierta; los ataques de pánico se asocian con más probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares.
4. Es falsa, porque la aparición después de los 45 años es uno de los rasgos que hacen sospechar una causa médica o por sustancias.

Ojo. La opción 2 dice que las pruebas de laboratorio «han mostrado utilidad»; el manual es más prudente y dice que «podrían ser útiles». El matiz no basta para hacerla falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificador del ataque de pánico, pág. 217.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 86

112

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes es considerado, según el DSM-5, un trastorno algolágnico?:

1. El trastorno del sadismo sexual. ✓
2. El trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor.
3. El trastorno de dolor génito-pélvico.
4. El trastorno facticio.

Los trastornos algolágnicos son el masoquismo sexual y el sadismo sexual

La introducción del capítulo de trastornos parafílicos del DSM-5 ordena los trastornos en dos grupos. El primero se basa en las **preferencias de actividad anómalas** y se subdivide en **trastornos del cortejo** (voyeurismo, exhibicionismo y frotteurismo) y **trastornos algolágnicos**, que implican dolor y sufrimiento, es decir, el **trastorno de masoquismo sexual** y el **trastorno de sadismo sexual**. El segundo grupo se basa en las preferencias de objetivo anómalas (pedofilia, fetichismo y travestismo). Belloch recuerda que el término viene del griego y se refiere al erotismo que produce el dolor.

1. Es uno de los dos trastornos algolágnicos que nombra el manual.
2. «Con predominio de dolor» es un especificador del trastorno de síntomas somáticos, que pertenece a otro capítulo y no tiene que ver con la excitación sexual.
3. El trastorno de dolor genitopélvico/penetración es una disfunción sexual y se estudia en ese capítulo del manual.
4. El trastorno facticio, que consiste en falsificar signos o síntomas, pertenece al capítulo de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

ORDEN DE PRESENTACIÓN DE LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS EN EL DSM-5

Grupo	Subgrupo	Trastornos
Preferencias de actividad anómalas	Trastornos del cortejo	Trastorno de voyeurismo, trastorno de exhibicionismo y trastorno de frotteurismo
Preferencias de actividad anómalas	Trastornos algolágnicos, que implican dolor y sufrimiento	Trastorno de masoquismo sexual y trastorno de sadismo sexual
Preferencias de objetivo anómalas	Orientado a otras personas	Trastorno pedofílico
Preferencias de objetivo anómalas	Orientados a otros campos	Trastorno de fetichismo y trastorno de travestismo

Fuente: APA (2014), DSM-5, trastornos parafílicos, introducción, pág. 685

Trampa. Dos distractores usan el dolor como gancho, pero en un cuadro sin excitación sexual (síntomas somáticos) o en una disfunción sexual que no es parafílica (dolor genitopélvico).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos parafílicos, introducción, pág. 685. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 463-464 y 468.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 122, PIR 2022 · n.º 48

113

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Señale la afirmación correcta respecto a la fobia específica:

1. Los ataques de pánico característicos de la fobia específica son cualitativamente diferentes de los del trastorno de pánico.
2. La mayoría de los individuos con fobia específica siente temor ante un solo objeto o situación y, frecuentemente, experimentan ataques de pánico inesperados (DSM-5).
3. Todas las fobias específicas presentan un patrón de respuesta cardiovascular semejante.
4. Las diferencias entre los ataques de pánico en el trastorno de pánico y los que se dan en el marco de las fobias específicas residen en la frecuencia y en la gravedad. ✓

Los ataques de la fobia específica y los del trastorno de pánico difieren en frecuencia y gravedad, y no en el tipo de síntomas

Caballo explica que durante mucho tiempo se supuso que las reacciones de **miedo fóbico** eran **cualitativamente diferentes** de los ataques del trastorno de pánico, y que las pruebas acumuladas hacen insostenible esa suposición. En ambos casos las reacciones más frecuentes son la taquicardia y las palpitaciones, los temblores y el miedo a enloquecer o a perder el control. Hoy se consideran **variantes de una misma emoción**, que se diferencian en la **frecuencia** de los síntomas y en su **gravedad**, más elevada en el trastorno de pánico. El DSM-5 añade que en la fobia los ataques responden solo al objeto o la situación temidos.

1. Es la suposición que las pruebas empíricas han hecho insostenible.
2. Según el DSM-5 es común tener varias fobias, con una media de tres objetos o situaciones temidos y un 75 % que teme a más de uno. Además, si hay ataques inesperados se diagnostica trastorno de pánico.
3. La fobia a la sangre y las heridas tiene un patrón propio, bifásico, distinto del resto de los fóbicos.
4. Es la posición actual que recoge Caballo.

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. 6, págs. 178-179. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, págs. 198-199 y 202.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 43, PIR 2015 · n.º 177, PIR 2023 · n.º 122

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Señale la afirmación correcta respecto del trastorno dismórfico corporal (TDC), según el DSM-5:

1. Las tasas de comorbilidad más altas se producen con los trastornos alimentarios.
2. Se ha asociado con abandono y abuso en la infancia, pero no con predisposiciones biológicas.
3. La dismorfia de tipo muscular es común en hombres y en mujeres.
4. Las características clínicas principales son similares en hombres y en mujeres. ✓

En el trastorno dismórfico corporal, hombres y mujeres se parecen más de lo que se diferencian

Según el DSM-5, mujeres y varones con **trastorno dismórfico corporal** tienen **más similitudes que diferencias** en las características clínicas principales: zonas del cuerpo que disgustan, comportamientos repetitivos, gravedad, tendencias suicidas, comorbilidad, curso y tratamientos cosméticos. Las diferencias son concretas: los varones se preocupan más por los genitales, las mujeres tienen más a menudo un trastorno alimentario comórbido y la **dismorfia muscular** se da casi exclusivamente en varones. El trastorno comórbido más común es el **trastorno depresivo mayor**.

1. El trastorno comórbido más común es el depresivo mayor; los alimentarios son más frecuentes en las mujeres con el trastorno.
2. Además del abandono y el abuso en la infancia, el manual señala una prevalencia elevada en los familiares de primer grado de personas con TOC.
3. La dismorfia muscular se produce casi exclusivamente en los varones.
4. Es lo que dice el apartado de género.

> **Ojo.** El DSM-5-TR refuerza la falsedad de la opción 2: estima la heredabilidad de los síntomas en un 37-49 % y habla de una vulnerabilidad genética compartida con el TOC (pág. 274).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno dismórfico corporal, págs. 243-245 y 247.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 73, PIR 2014 · n.º 94

115 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de los siguientes trastornos resulta menos comórbido con la cleptomanía (DSM-5):

1 Trastorno depresivo mayor.

2 Trastorno bipolar.

3 Trastornos de la conducta alimentaria.

4 Trastorno esquizofrénico. ✓

La esquizofrenia no figura entre las comorbilidades de la cleptomanía

El apartado de comorbilidad de la **cleptomanía** la asocia con las compras compulsivas, los **trastornos depresivo y bipolar** (especialmente el trastorno depresivo mayor), los trastornos de ansiedad, los **trastornos de la conducta alimentaria** (particularmente la bulimia nerviosa), los trastornos de la personalidad, el trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos disruptivos. La **esquizofrenia** solo aparece en el **diagnóstico diferencial**, porque el robo puede producirse en respuesta a delirios o alucinaciones.

1 El trastorno depresivo mayor es la comorbilidad afectiva que el manual destaca.

2 Los trastornos bipolares también figuran en la lista de comorbilidad.

3 Los trastornos de la conducta alimentaria figuran en la lista, en particular la bulimia nerviosa.

4 Es la que no aparece como comórbida; la esquizofrenia se menciona en el diagnóstico diferencial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Cleptomanía, pág. 479.

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

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

En el marco de los trastornos de la conducta alimentaria, dentro de las distorsiones cognitivas conocidas como “La docena sucia”, señale cómo se denomina a la distorsión: “Inferir que el aspecto de uno ha sido la causa de algo que no quería que ocurriera”:

1. El espejo malhumorado.
2. Expansión de la fealdad.
3. Juego de culpa. ✓
4. La atadura de la belleza.

El juego de culpa atribuye al propio aspecto algo que no se quería que ocurriera

Caballo recoge en la **tabla 21.7** dos listas de distorsiones cognitivas en los trastornos alimentarios: los errores cognitivos de Fairburn y Cooper (1989) y las alteraciones cognitivas específicas de la imagen corporal que forman **la docena «sucia»** de Cash y Grant (1996). La quinta es el **juego de culpa**: inferir que el propio aspecto ha sido la causa de algo que no se quería que ocurriera. Los distractores son otras tres distorsiones de la misma lista: el **espejo malhumorado**, la **expansión de la fealdad** y la **atadura de la belleza**.

1. El espejo malhumorado generaliza a las experiencias corporales pensamientos negativos y estados de ánimo que provienen de sucesos que no tienen que ver con la apariencia.
2. La expansión de la fealdad consiste en extender el descontento a partir de algún aspecto que a uno no le gusta.
3. Es la definición literal del juego de culpa.
4. La atadura de la belleza consiste en pensar que la propia apariencia prohíbe o impide hacer ciertas actividades.

TABLA 21.7. DISTORSIONES COGNITIVAS DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS (COLUMNA DE LA DOCENA «SUCIA», ÍTEMS DE LAS OPCIONES)

Alteraciones cognitivas específicas de imagen corporal. La docena «sucia» (Cash y Grant, 1996)
2. El espejo malhumorado: generalización de pensamientos negativos y estados de ánimo, provenientes de sucesos que no tienen que ver con la apariencia, a experiencias corporales.
4. Expansión de la fealdad: extender el descontento a partir de algún aspecto que a uno no le gusta.
5. Juego de culpa: inferir que el propio aspecto ha sido la causa de algo que no se quería que ocurriera.
6. La atadura de la belleza: pensar que la propia apariencia prohíbe o impide hacer ciertas actividades.

Fuente: Caballo, Salazar y Carrobles (2024), cap. 21, tabla 21.7, pág. 675

Ojo. Belloch 2020, Base del tema, no recoge la docena «sucia»; la lista está en Caballo, obra de Consulta del tema.

Para fijarlo. El juego de culpa mira hacia atrás (el aspecto causó algo malo); la atadura de la belleza mira hacia delante (el aspecto impide hacer cosas).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 21, tabla 21.7, pág. 675.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Caballo (Consulta).

117 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5 la especificación “en remisión total” para un trastorno depresivo indica que no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno durante al menos:

1. 1 año.
2. Los últimos 4 meses.
3. Los últimos 2 meses. ✓
4. Los últimos 6 meses.

La remisión total exige dos meses sin signos ni síntomas significativos

Al final del capítulo de trastornos depresivos, el DSM-5 define los dos especificadores de remisión. **En remisión total** significa que **durante los últimos 2 meses** no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno. **En remisión parcial** significa que siguen presentes síntomas del episodio anterior sin cumplir todos los criterios, o que el periodo sin síntomas significativos dura **menos de 2 meses**. Los dos meses son también el intervalo que separa dos episodios para considerar el trastorno **recurrente**.

1. El plazo es de 2 meses.
2. El plazo es de 2 meses, no de 4.
3. Es la definición del DSM-5.
4. El plazo es de 2 meses, no de 6.

> **Para fijarlo.** En la depresión, el número mágico es dos: dos semanas para el episodio y dos meses para la remisión y la recurrencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, pág. 162; especificadores, pág. 188.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 152, PIR 2022 · n.º 36

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

Por lo que se refiere a los marcadores diagnósticos de los trastornos del despertar del sueño NO REM, cabe afirmar lo siguiente:

1. La inestabilidad del sueño profundo NO REM, tal como se muestra en la polisomnografía, es un marcador muy fiable de cara al diagnóstico y diagnóstico diferencial del sonambulismo.
2. Los despertares de sueño NO REM de los terrores nocturnos se inician bruscamente, sin cambios autonómicos anticipatorios. ✓
3. Los trastornos del despertar del sueño NO REM se presentan con mayor frecuencia durante el sueño de ondas rápidas.
4. Existen indicadores polisomnográficos fiables de la tendencia a experimentar terrores nocturnos cuando se realizan registros fuera del episodio.

Los terrores nocturnos empiezan bruscamente, sin cambios autonómicos previos

En los marcadores diagnósticos de los trastornos del despertar del sueño no REM, el DSM-5 contrapone dos tipos de despertar. En las **pesadillas**, que salen del sueño REM, la frecuencia cardíaca y la respiración aumentan **antes** del despertar. En los **terrores nocturnos** el despertar desde el sueño no REM se inicia **bruscamente, sin cambios autonómicos anticipatorios**, y después la frecuencia cardíaca se duplica o triplica. El manual añade que, si no se capta el episodio, **no hay indicadores polisomnográficos fiables** del sonambulismo ni de la tendencia a los terrores.

1. Los sujetos con sonambulismo muestran inestabilidad del sueño profundo no REM, pero el solapamiento con quienes no lo tienen es tan grande que descarta usarla para el diagnóstico.
2. Es literal del DSM-5, y el DSM-5-TR lo mantiene.
3. Aparecen con más frecuencia en el sueño profundo no REM, el de ondas lentas.
4. Si no se capta el episodio durante un estudio formal del sueño, no existen indicadores polisomnográficos fiables de esa tendencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, pág. 402.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 119, PIR 2023 · n.º 145

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

Respecto de los terrores nocturnos, cabe afirmar lo siguiente:

1 Normalmente el sujeto se despierta y tarda en dormirse debido a la ansiedad.

2 La prevalencia de los episodios de terrores nocturnos (vs. el trastorno de terrores nocturnos) es de, aproximadamente, un 0,5% en la población general.

3 Los estudios con gemelos apuntan a la ausencia de un componente genético por lo que se refiere a su etiología.

4 Entre los niños son más frecuentes en varones que en mujeres, mientras que la proporción tiende a igualarse en la edad adulta. ✓

Los terrores nocturnos predominan en los niños varones y se igualan entre sexos en la edad adulta

El DSM-5 indica que, **entre los niños, los terrores nocturnos son más frecuentes en los varones** que en las mujeres y que **entre los adultos la proporción de sexos está igualada**. Los distractores toman otros datos del mismo capítulo y los alteran. Los episodios de terrores nocturnos tienen una prevalencia de alrededor del **2,2 % en los adultos**, mucho mayor en los niños pequeños. Los terrores son también mucho más frecuentes en los **gemelos monocigóticos** que en los dicigóticos. El DSM-5-TR mantiene estos datos, aunque a los 18 meses da un 34,4-36,9 % (pág. 454).

1 Lo más frecuente es que el sujeto no se despierte del todo, sino que vuelva a dormirse y tenga amnesia del episodio a la mañana siguiente.

2 La cifra del DSM-5 para los episodios en adultos es del 2,2 %, y en los niños pequeños es mucho mayor (36,9 % a los 18 meses).

3 Los terrores son mucho más frecuentes en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, y su prevalencia se multiplica hasta por diez en los familiares de primer grado.

4 Es el dato del DSM-5 sobre el sexo.

Trampa. Las cuatro opciones salen del mismo apartado del manual; tres invierten o cambian el dato (despertar, cifra, genética).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, pág. 401.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 150, PIR 2021 · n.º 118

120

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

El inicio de la hipersomnia suele producirse:

1. En la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. ✓
2. Principalmente a partir de los 65 años.
3. A cualquier edad.
4. Típicamente en la primera infancia, entre los 0 y los 6 años de edad.

La hipersomnia empieza en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana

El DSM-5 sitúa el inicio del trastorno de hipersomnia en la **adolescencia tardía o la edad adulta temprana**, con una **edad media de 17-24 años**, y una progresión gradual a lo largo de semanas o meses. Los sujetos se diagnostican, de media, **10-15 años** después de los primeros síntomas, y los **casos pediátricos son raros**. El DSM-5-TR conserva las mismas cifras.

1. Es la edad que da el DSM-5.
2. El inicio es en la juventud; el manual no describe un comienzo típico en la vejez.
3. El manual da una franja de inicio concreta, no cualquier edad.
4. Los casos pediátricos son raros.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de hipersomnia, pág. 370.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 103

121

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

En la evaluación de los trastornos del sueño, la Escala de Epworth (ESS) nos permite:

1. Evaluar el grado de severidad del insomnio del paciente.
2. Evaluar el grado de somnolencia diurna del paciente. ✓
3. Evaluar el grado de intensidad del ronquido del paciente.
4. Evaluar la probabilidad de que sufra un trastorno del sueño REM.

La escala de Epworth mide la somnolencia diurna

La **Escala de somnolencia de Epworth** (ESS; Johns, 1991) se elaboró para valorar la **percepción de somnolencia durante el día**. La persona puntúa de 0 a 3 la probabilidad de quedarse dormida o dormitando en distintas situaciones. Vallejo (2023) la describe con **ocho ítems**, puntuaciones totales de 0 a 24 y buena consistencia interna (α = 0,73-0,88). Para la gravedad del insomnio el mismo capítulo cita otro instrumento, el **Índice de Gravedad del Insomnio** (ISI; Morin, 1993), y Caballo menciona la Epworth, junto con la escala de Stanford, para cuantificar la somnolencia en la hipersomnia.

1. La gravedad del insomnio se evalúa con el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) de Morin, un cuestionario breve y autoadministrado de siete ítems.
2. Es lo que mide la escala.
3. Los ronquidos se recogen en la historia del sueño como otros síntomas o acontecimientos nocturnos; la Epworth no evalúa su intensidad.
4. La escala no estima el riesgo de un trastorno del sueño REM; puntúa la probabilidad de quedarse dormido en situaciones cotidianas.

Ojo. Belloch 2020 (cap. 17, Base del tema B5) no menciona la escala de Epworth. Sí la recogen Vallejo 2012 (Base del tema C6), Vallejo 2023 (Ampliación del tema C6) y Caballo (cap. 22, Consulta del tema B5).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 8 (Trastornos del sueño, Comeche Moreno), pág. 569. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 7 (Trastornos del sueño, Kovacheva, Martín Agudiez, Rodríguez Muñoz y García López), págs. 470-471. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 22, pág. 708.

EN EL ATLAS

Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

122 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

Señale en cuál de los siguientes diagnósticos de parafilia se exige que el sujeto del diagnóstico posea la mayoría de edad:

1. Trastorno de pedofilia.
2. Trastorno de exhibicionismo.
3. Trastorno de fetichismo.
4. Trastorno de voyeurismo. ✓

De las cuatro parafilias, solo el trastorno de voyeurismo exige 18 años

El **criterio C** del **trastorno de voyeurismo** exige que el individuo que experimenta la excitación o actúa con un deseo irrefrenable tenga **como mínimo 18 años**. El DSM-5 lo justifica porque la adolescencia y la pubertad incrementan la curiosidad y la actividad sexual, y fija esa edad para no patologizar el interés sexual normal de esa etapa. Belloch lo resume diciendo que el criterio C exige la mayoría de edad. El **trastorno de pedofilia** también tiene un criterio de edad, más bajo, de al menos **16 años** y cinco más que el niño. El exhibicionismo y el fetichismo no fijan edad mínima.

1. La pedofilia exige que el individuo tenga como mínimo 16 años y sea al menos cinco años mayor que el niño (criterio C), así que no pide la mayoría de edad.
2. Los criterios del trastorno de exhibicionismo no incluyen ninguna edad mínima.
3. El trastorno de fetichismo tampoco tiene criterio de edad; su criterio C delimita los objetos fetiche.
4. Es el único con un criterio C que fija los 18 años.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene los dos criterios de edad (págs. 780 y 793). En la pedofilia, una nota excluye a quien está al final de la adolescencia y mantiene una relación sexual continua con alguien de 12 o 13 años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de voyeurismo, págs. 686-687; trastorno de exhibicionismo, pág. 689; trastorno de pedofilia, pág. 697; trastorno de fetichismo, pág. 700. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 465.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 112

123

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 (DSM-5):

1. Se estima una prevalencia vital del 4,6% en población general, con una incidencia superior en los hombres.
2. Se estima una prevalencia vital del 0,3% con una incidencia superior en mujeres.
3. Se estima que representa el 9% de los casos de primer episodio de psicosis, con mayor incidencia en mujeres. ✓
4. Se estima una prevalencia vital del 0,5-1,5%, con una incidencia superior en hombres.

Las cuatro cifras de prevalencia pertenecen a cuatro trastornos distintos del espectro psicótico

La pregunta mezcla datos de prevalencia de cuatro trastornos del espectro. La opción 3 corresponde al **trastorno psicótico breve** en el DSM-5, que supone el **9 % de los casos de primer episodio** de psicosis y es **dos veces más frecuente en las mujeres**. El 0,3 % con mayor incidencia femenina es la prevalencia vital del **trastorno esquizoafectivo** en el DSM-5. Belloch atribuye el 4,6 % con mayor incidencia en hombres al **trastorno esquizotípico** y el 0,5-1,5 % al **trastorno esquizofreniforme**.

1. Es la prevalencia vital que Belloch da para el trastorno esquizotípico, citando a la APA.
2. Es la prevalencia del trastorno esquizoafectivo en el DSM-5, con incidencia mayor en las mujeres.
3. Son los datos del trastorno psicótico breve en el DSM-5.
4. Belloch da una prevalencia del 0,5-1,5 % para el trastorno esquizofreniforme.

> **Trampa.** Cada distractor es una cifra real de otro trastorno del mismo capítulo, y la pregunta consiste en asociar cada número a su trastorno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno psicótico breve, pág. 95; trastorno esquizoafectivo, págs. 107-108. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 358, 361 y 362.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 85, PIR 2021 · n.º 80, PIR 2024 · n.º 160, PIR 2014 · n.º 118

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, ¿cuál de los siguientes criterios debe cumplirse para diagnosticar una disforia de género en niños?:

1. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al género que se siente.
2. Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro género o fantasías de pertenecer al otro género.
4. Un poderoso deseo de ser del otro género o una insistencia en que él o ella es del género opuesto (o de un género alternativo distinto del que se le asignó). ✓

El único criterio obligatorio de la disforia de género en niños es el deseo poderoso de ser del otro género

La **disforia de género en niños** exige una marcada incongruencia de al menos **seis meses**, manifestada por al menos **seis de ocho características**, y una de ellas debe ser el criterio **A1**: un poderoso deseo de ser del otro sexo o la insistencia en que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo). El DSM-5 lo hizo necesario, aunque no suficiente, para que el diagnóstico fuera más **restrictivo y conservador**. Las opciones 1 y 3 son criterios de niños que no son obligatorios, y la 2 pertenece a los criterios de **adolescentes y adultos**.

1. Es el criterio A8; puede contar entre las seis características, pero no es obligatorio.
2. La incongruencia con los caracteres sexuales primarios o secundarios es el criterio A1 de adolescentes y adultos.
3. Es el criterio A3 de niños, que tampoco es obligatorio.
4. Es el criterio A1, el único que debe estar siempre presente.

DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS: CRITERIO A DEL DSM-5-TR (AL MENOS SEIS, UNO DE ELLOS EL A1)

Criterio	Texto
A1	Un poderoso deseo de ser del otro género o insistencia en que él o ella es del género opuesto (o de algún género alternativo distinto del asignado)
A2	En los chicos (género asignado), clara preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (género asignado), clara preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas
A3	Clara preferencia por asumir papeles del otro género en los juegos de imaginación o fantasía
A4	Clara preferencia por los juguetes, juegos o actividades utilizados o practicados por el género opuesto de manera estereotipada
A5	Clara preferencia por los compañeros de juego del género opuesto
A6	En los chicos (género asignado), fuerte rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, y clara evitación de los juegos bruscos o violentos; en las chicas (género asignado), fuerte rechazo de los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos
A7	Marcado descontento con la propia anatomía sexual
A8	Fuerte deseo de poseer los caracteres sexuales primarios y/o secundarios correspondientes al género experimentado

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, disforia de género en niños, criterios diagnósticos, pág. 512

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disforia de género, pág. 452; cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5, pág. 814.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 73, PIR 2019 · n.º 178, PIR 2020 · n.º 82, PIR 2020 · n.º 93, PIR 2021 · n.º 110

125

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Señale la afirmación correcta respecto del diagnóstico diferencial entre fobia específica tipo situacional y agorafobia, según los criterios del DSM-5:

1. Si la persona teme solo a una situación típicamente agorafóbica, se aconseja realizar un diagnóstico de fobia específica situacional. ✓
2. Si la persona está preocupada por el daño que le puede hacer el objeto o situación, el diagnóstico de agorafobia estaría justificado.
3. Si la persona teme una situación típicamente agorafóbica en concreto, se recomienda realizar un diagnóstico de agorafobia.
4. Si el único estímulo fóbico es de tipo situacional (p. ej., sitios cerrados), el diagnóstico de agorafobia estaría justificado.

Si solo se teme una situación agorafóbica, se diagnostica fobia específica situacional

El DSM-5 reconoce que la **fobia específica situacional** puede parecerse a la **agorafobia**, porque se temen situaciones similares, como volar, los lugares cerrados o los ascensores. Da dos pistas para separarlas. La primera es el número de situaciones. Si la persona teme **solo una** de las situaciones de agorafobia, se puede diagnosticar fobia específica situacional, y si teme **dos o más**, la agorafobia está probablemente justificada. La segunda es la **cognición**. Si la situación se teme por miedo a ser dañado directamente por ella, como a que se estrelle el avión, encaja mejor la fobia específica.

1. Es la regla del manual.
2. El miedo a ser dañado directamente por el objeto o la situación apunta a la fobia específica.
3. Una única situación agorafóbica lleva a la fobia específica situacional; la agorafobia requiere dos o más.
4. Un único estímulo fóbico de tipo situacional, como los sitios cerrados, también corresponde a la fobia específica.

FOBIA ESPECÍFICA SITUACIONAL O AGORAFOBIA

Pista	Fobia específica situacional	Agorafobia
Situaciones de agorafobia	Solo una	Dos o más
Motivos	Ser dañado directamente por el objeto o situación (p. ej., estrellarse en avión)	Síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en situaciones en las que sería difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda

Fuente: APA (2014), DSM-5, Fobia específica, pág. 201

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, pág. 201; agorafobia, pág. 221.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 123

Respuesta correcta: 4

En la anorexia nerviosa hay un peso corporal significativamente bajo, que se establece a partir de un índice de masa corporal (IMC) por debajo de:

1. En adultos, 18; en niños (IMC para la edad), percentil 10.
2. En adultos, 17; en niños (IMC para la edad), percentil 8.
3. En adultos, 18,5; en niños (IMC para la edad), percentil 10.
4. En adultos, 18,5; en niños (IMC para la edad), percentil 5. ✓

El límite inferior del peso normal es un IMC de 18,5 en adultos y el percentil 5 en niños

Para valorar el **peso significativamente bajo** del criterio A de la **anorexia nerviosa**, el DSM-5 recoge que los CDC y la OMS usan un **IMC de 18,5 kg/m²** como límite inferior del peso normal en adultos, de modo que la mayoría de los adultos con un IMC igual o superior no tiene un peso significativamente bajo. En niños y adolescentes, los CDC han usado un IMC para la edad por debajo del **percentil 5** como indicativo de peso insuficiente. El manual insiste en que son guías numéricas que el clínico debe completar con la constitución, los antecedentes de peso y las alteraciones fisiológicas.

1. Ninguna de las dos cifras aparece en el DSM-5: el límite adulto es 18,5 y el infantil, el percentil 5.
2. El 17 es el umbral que la OMS propone para la delgadez moderada o grave; el percentil 8 no aparece.
3. Acierta el 18,5 de los adultos, pero en niños el manual cita el percentil 5.
4. Son las dos referencias que cita el DSM-5.

REFERENCIAS DE PESO BAJO QUE EL DSM-5 TOMA DE LOS CDC Y LA OMS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Grupo	Referencia	Qué indica
Adultos	IMC de 18,5 kg/m2	Límite inferior del peso corporal normal
Adultos	IMC menor de 17,0 kg/m2	Delgadez moderada o grave
Niños y adolescentes	IMC según la edad por debajo del percentil 5	Indicativo de peso insuficiente

Fuente: APA (2014), DSM-5, anorexia nerviosa, características diagnósticas, pág. 340

Ojo. El DSM-5-TR añade que no se debe diagnosticar anorexia nerviosa a los adultos con un IMC de 19,0 o mayor ni a los niños con un IMC por encima de la mediana para su edad; en esos casos cabe la anorexia nerviosa atípica (pág. 382).

Trampa. El 17 de la opción 2 es una cifra real del mismo párrafo, pero corresponde a la delgadez moderada o grave; el 17,5 es de la CIE-10.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, características diagnósticas, pág. 340.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 62, PIR 2017 · n.º 58

127 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

A diferencia de la depresión unipolar, en la depresión bipolar:

1. La edad de inicio es mayor.
2. El número de episodios es menor.
3. La duración de los episodios es mayor.
4. Existe mayor riesgo de padecer síntomas atípicos. ✓

Los síntomas atípicos son más frecuentes en la depresión bipolar que en la unipolar

Los pacientes con trastorno bipolar pueden sufrir los mismos síntomas depresivos que los de depresión unipolar, pero Belloch recoge algunas diferencias en la **tabla 7.2**. En la **depresión bipolar** la edad de inicio es menor, el número de episodios es mayor, su duración es menor y los **síntomas atípicos son más frecuentes**. El texto añade que la depresión bipolar se ha relacionado con un riesgo elevado de **síntomas psicóticos**, ideación suicida, episodios posparto, más **retardo psicomotor**, patrón estacional, hipersomnia y síntomas depresivos atípicos (Benazzi, 2000).

1. La edad de inicio es menor en la depresión bipolar.
2. El número de episodios es mayor en la depresión bipolar.
3. La duración de los episodios es menor en la depresión bipolar.
4. La tabla 7.2 da los síntomas atípicos como más frecuentes en la depresión bipolar.

TABLA 7.2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR Y BIPOLAR

Características	Bipolares	Unipolares
Historia de manía o hipomanía	Sí	No
Edad de inicio	Menor	Mayor
Inicio en el post-parto	Más frecuente	Menos frecuente
Abuso de sustancias	Más frecuente	Menos frecuente
Número de episodios	Mayor	Menor
Duración de los episodios	Menor	Mayor
Suicidio	Precoz	Tardío
Síntomas psicóticos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Síntomas atípicos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Síntomas catatónicos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Labilidad emocional	Más frecuente	Menos frecuente
Alteraciones del sueño	Hipersomnia	Insomnio
Disminución de apetito/peso	Menos frecuente	Más frecuente
Retraso psicomotor	Más frecuente	Menos frecuente
Impulsividad	Más frecuente	Menos frecuente
Antecedentes familiares de manía	Más frecuentes	Menos frecuentes
Eficacia antidepresiva del litio	Mayor	Menor
Inducción de hipomanía por antidepresivos	Más frecuente	Menos frecuente
Eficacia profiláctica de los antidepresivos	Menor	Mayor

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 7, tabla 7.2, pág. 236 (adaptado y actualizado de Dervic et al., 2015, y Vieta y Pérez, 2019)

Trampa. Las tres opciones falsas invierten una fila de la tabla 7.2 (edad de inicio, número y duración de los episodios).

Para fijarlo. La depresión bipolar empieza antes y se repite más, pero cada episodio dura menos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, tabla 7.2, pág. 236.

EN EL ATLAS: Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

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

128

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes opciones hace alusión a un objetivo propio de la terapia dialéctico-conductual de Linehan para el trastorno límite de la personalidad:

1. Mejorar la eficacia interpersonal. ✓
2. Cuestionar los patrones de pensamiento disfuncional.
3. Modificar los esquemas tempranos desadaptativos.
4. Buscar la causa del malestar.

Mejorar la eficacia interpersonal es un objetivo de la terapia dialéctico-conductual

La **terapia dialéctico-conductual** (TDC) de Linehan fue diseñada específicamente para el trastorno límite de la personalidad. En la tabla 19.1 de Fonseca, su componente **grupal** tiene como objetivo incrementar las habilidades de conciencia, **eficacia interpersonal**, regulación emocional y tolerancia al malestar; el componente **individual** busca modificar las conductas peligrosas para la vida, las que afectan a la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento para incorporar lo aprendido. Belloch (tabla 14.5) sitúa el **incremento de habilidades comportamentales** (mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal) en la fase 1, cuyo objetivo general es reducir las conductas más incapacitantes y graves.

1. Es una de las cuatro habilidades que entrena el componente grupal.
2. Cuestionar los patrones de pensamiento disfuncional no figura entre los objetivos de la tabla 19.1 ni entre las metas de la tabla 14.5.
3. Trabajar con esquemas disfuncionales es el foco de la terapia centrada en esquemas de Young, otro tratamiento del TP límite que Fonseca describe por separado.
4. Buscar la causa del malestar no aparece entre los objetivos de ninguno de los componentes ni de las fases de la TDC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, tabla 19.1, págs. 555-556, y pág. 559. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, tabla 14.5, pág. 456.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 98

129

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares · Anulada

Anulada

Respecto del tratamiento psicológico de los trastornos bipolares, indique la respuesta correcta:

1. La terapia centrada en la familia presenta un fuerte apoyo para la manía.
2. En la terapia interpersonal el núcleo de la intervención radica en la psicoeducación sobre las habilidades sociales y de comunicación.
3. La terapia cognitivo-conductual tiene apoyo experimental para la fase aguda y de mantenimiento de la depresión bipolar, conjuntamente con la terapia farmacológica.
4. La psicoeducación presenta un modesto apoyo experimental para la manía, pero un fuerte apoyo para la depresión.

El texto y la tabla de Fonseca dan niveles de apoyo distintos a la psicoeducación en el trastorno bipolar, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. El capítulo de Fonseca sobre el trastorno bipolar da dos versiones de la evidencia. El texto afirma que la **TCC**, como coadyuvante de la medicación, tiene fuerte apoyo experimental en fase aguda y de mantenimiento, específicamente para la depresión bipolar (pág. 340), y que la **psicoeducación** tiene apoyo fuerte para los síntomas de depresión y modesto para los de manía (pág. 341). La **tabla 10.2** (APA) da a la terapia cognitiva apoyo modesto para la depresión y a la psicoeducación apoyo **fuerte para la manía y modesto para la depresión**. La opción 3 se sostiene con las dos fuentes, porque solo dice que la TCC «tiene apoyo experimental»; la 4 copia el texto de la pág. 341. Con el texto hay dos opciones ciertas.

1. La terapia centrada en la familia no tiene apoyo para la manía en la tabla 10.2, y el texto la considera eficaz en concreto para la depresión bipolar.
2. La terapia interpersonal y de ritmos sociales busca mejorar el estado de ánimo comprendiendo y estabilizando los ritmos biológicos y sociales; la psicoeducación en habilidades sociales y de comunicación no es su núcleo.
3. Clave provisional. El texto atribuye a la TCC coadyuvante fuerte apoyo en fase aguda y de mantenimiento para la depresión bipolar; la tabla le da apoyo modesto, que sigue siendo apoyo experimental.
4. Reproduce el texto de la pág. 341 (fuerte para la depresión, modesto para la manía), pero la tabla 10.2 da a la psicoeducación la relación inversa.

TABLA 10.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS CON APOYO EMPÍRICO PARA EL TRASTORNO BIPOLAR SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA (DIVISIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA)

Tratamiento	Manía	Depresión
Psicoeducación	Fuerte apoyo experimental	Modesto apoyo experimental
Cuidado sistemático	Fuerte apoyo experimental	—
Terapia cognitiva	Modesto apoyo experimental	Modesto apoyo experimental
Terapia centrada en la familia	—	Fuerte apoyo experimental
Terapia interpersonal y de ritmos sociales	—	Modesto apoyo experimental

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 10, tabla 10.2, pág. 338

Ojo. Fonseca contradice en este capítulo su tabla 10.2 en la terapia cognitiva y en la psicoeducación. En preguntas sobre niveles de evidencia de este manual conviene conocer las dos versiones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, tabla 10.2, pág. 338, y págs. 340-344.

EN EL ATLAS: Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

130

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Qué limitación se ha descrito en relación al tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de atracones?:

1. No se mantiene a largo plazo la reducción del peso de los pacientes. ✓
2. No mejora la calidad de vida de los pacientes.
3. No se reducen los síntomas psicopatológicos de los pacientes.
4. No se reduce la frecuencia de los atracones de los pacientes.

Tras la TCC del trastorno de atracones el peso perdido se recupera con los años

Belloch recuerda que las pacientes con **trastorno de atracones** suelen acudir para controlar los atracones y perder peso, y que las guías piden informarles de que el tratamiento psicológico tendrá un **efecto limitado en el peso corporal**. Los programas de TCC combinados con intervención médico-dietética reducen el peso, pero en el primer año tras el tratamiento las pacientes **recuperan entre el 30 y el 35 %**, y la recuperación puede llegar al **100 % tras cinco años**. A pesar de ello, mejoran la **calidad de vida**, los síntomas psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima) y la frecuencia de los atracones subjetivos y objetivos.

1. Es la limitación descrita: la reducción del peso no se mantiene a largo plazo.
2. El manual destaca que se observan mejoras en la calidad de vida de las pacientes.
3. Se reducen síntomas psicopatológicos como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima.
4. También disminuye la frecuencia de los atracones, tanto subjetivos como objetivos.

Ojo. Fonseca Adultos (cap. 16, Base del tema C4) aconseja, si hay sobrepeso u obesidad, eliminar primero los atracones dejando la dieta restrictiva y, mantenido ese logro entre 3 y 6 meses, iniciar después una dieta hipocalórica controlada (pág. 492).

Para fijarlo. Con la TCC mejoran los atracones y el ánimo; lo que vuelve atrás con los años es la báscula.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 435. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 492.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

131

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes técnicas se emplea preferente y específicamente en el tratamiento de la tricotilomanía y la excoriación?:

1 Reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales.

2 La inversión de hábito. ✓

3 Estrategias para incrementar la motivación hacia el cambio.

4 Experimentos conductuales.

La inversión del hábito es la técnica más empleada en la tricotilomanía y la excoriación

Belloch señala que el tratamiento más empleado para la **tricotilomanía** y el **trastorno de excoriación** es la técnica de conducta de **inversión del hábito** (Azrin y Nunn, 1973). Tiene tres elementos: que la persona tome **conciencia** de las circunstancias en las que es más probable la conducta problema; que genere una **conducta que compita** con ella o la sustituya (por ejemplo, cerrar el puño) y la ponga en práctica cuando vaya a realizar la conducta problema; y que cuente con **apoyo social**, implicando a familiares y amigos para motivarla.

1 La reestructuración de creencias disfuncionales es una técnica de la terapia cognitiva, por ejemplo en el TOC; el apartado de tratamiento de estos dos trastornos no la menciona.

2 Es la técnica más empleada en ambos trastornos.

3 La motivación se trabaja dentro de la inversión del hábito a través del apoyo social; por sí sola no es una técnica específica de estos cuadros.

4 Los experimentos conductuales son una herramienta de la terapia cognitiva; el apartado de tratamiento de estos trastornos solo describe la inversión del hábito.

Ojo. Fonseca Adultos (cap. 12, Base del tema C13) no describe la inversión del hábito. En el cap. 20 recuerda que la tricotilomanía pasó de los trastornos del control de los impulsos a la categoría del TOC y trastornos relacionados (pág. 578).

Para fijarlo. Darse cuenta, cerrar el puño y pedir ayuda: los tres pasos de la inversión del hábito.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 184.

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

132

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es el objetivo principal de la terapia cognitiva de las creencias disfuncionales en el trastorno obsesivo-compulsivo?:

1. Modificar la visión que tiene la persona del trastorno.
2. Modificar el modo en que la persona valora e interpreta sus pensamientos intrusos y obsesivos. ✓
3. La aceptación de las obsesiones y pensamientos intrusos.
4. Facilitar la habituación a las obsesiones.

La terapia cognitiva del TOC modifica cómo se valoran e interpretan los pensamientos intrusos

Vallejo (2023) explica que la **terapia cognitiva** (TC) del TOC puede facilitar la exposición **modificando las creencias** en el poder de los pensamientos para causar acciones, la responsabilidad exagerada y las consecuencias de la ansiedad. Cuando se aplica como tratamiento principal se basa en el modelo cognitivo del TOC y en un análisis funcional que revela **las valoraciones, procesos, creencias y supuestos erróneos que son objetivo de tratamiento**; la exposición con prevención de respuesta (EPR) se usa entonces como experimento conductual para modificar cogniciones disfuncionales. Fonseca añade que la EPR mejora cuando se apoya en estrategias cognitivas dirigidas a **reevaluar las creencias obsesivas**.

1. Discutir con el paciente si tiene un TOC o es «un blasfemo» puede formar parte de la reestructuración, pero el objetivo de la TC son las valoraciones y creencias sobre los pensamientos intrusos.
2. Es el objetivo: modificar las valoraciones y creencias sobre los pensamientos intrusos y obsesivos.
3. La aceptación de las obsesiones corresponde a la terapia de aceptación y compromiso, que Fonseca considera otro tratamiento probablemente eficaz del TOC.
4. La habituación es el mecanismo propio de la EPR, que según Fonseca puede potenciarse con procedimientos cognitivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), págs. 493-494. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 397-399.

EN EL ATLAS

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

133

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Solicitamos a un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo que durante 10 minutos trate de no pensar en un gato blanco, que registre la frecuencia con que lo piensa durante el ejercicio, y la compare con la frecuencia de ese pensamiento a lo largo del día. Con este experimento, probablemente, estemos tratando de trabajar la siguiente creencia:

1. Fusión pensamiento acción tipo probabilidad.
2. Fusión pensamiento acción tipo moral.
3. Responsabilidad excesiva.
4. Sobrestimación de la importancia de los pensamientos. ✓

El experimento de supresión de un pensamiento cuestiona la sobreestimación de la importancia de los pensamientos

Entre las intervenciones cognitivas específicas del TOC, Vallejo (2023) describe la **sobreestimación de la importancia de los pensamientos**, que comprende el **razonamiento cartesiano distorsionado** («debe ser importante porque pienso acerca de ello»), las dos formas de fusión pensamiento-acción y el pensamiento mágico. Para trabajarla se explica al paciente que **intentar suprimir un pensamiento indeseado hace que se dé con más frecuencia** y se planifican experimentos conductuales que comprueban el **efecto rebote**: se elige un pensamiento poco importante, se pide no pensar en él durante 5 minutos y se registra después su frecuencia. El ejercicio del gato blanco sigue ese esquema.

1. La fusión pensamiento-acción probabilística (creer que pensar algo aumenta su probabilidad) se desafía con experimentos como pensar a diario durante media hora que a uno le tocará la lotería.
2. La fusión pensamiento-acción moral parte de la idea de que pensar algo es tan malo como hacerlo; el manual la ilustra con la técnica de la flecha hacia abajo.
3. La responsabilidad exagerada es otra creencia que modifica la terapia cognitiva, pero el manual sitúa el experimento de supresión en la sobreestimación de la importancia de los pensamientos.
4. Es la creencia que el manual trabaja con los experimentos de supresión y rebote.

Ojo. En el manual las dos fusiones pensamiento-acción son subtipos de la sobreestimación de la importancia de los pensamientos. El experimento de supresión aparece en el apartado del razonamiento cartesiano distorsionado, el subtipo que no figura entre las opciones; por eso la respuesta es la categoría general.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), págs. 495-496.

EN EL ATLAS

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

134 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos — Anulada

Anulada

La terapia centrada en la compasión (CFT) para la psicosis está basada en uno de los siguientes principios; señale cuál:

1. Se centra en conocer y aceptar la activación de nuestro sistema de amenaza o de huida-lucha-inmovilidad.
2. Se centra en potenciar los valores del paciente más coherentes.
3. Fomenta la mayor comprensión metacognitiva de los síntomas.
4. Se basa en la integración del funcionamiento relacional.

La terapia centrada en la compasión busca activar el sistema de confortamiento y desactivar el de amenaza, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Según Fonseca, la **CFTp** pretende que la persona se distancie de sus pensamientos, sentimientos y problemas y se trate con más **compasión y amabilidad**. Se sostiene en dos pilares: el modelo de los **tres sistemas de regulación emocional** (amenaza y autoprotección; búsqueda de incentivos y recursos; confortamiento, satisfacción y seguridad) y el desarrollo de una **mente compasiva** que active regularmente el sistema de confortamiento y **desactive el sistema de amenaza**. La opción 1 habla de conocer y aceptar la activación de un sistema de «huida-lucha-inmovilidad», nombre que no aparece en la descripción de Fonseca Adultos (pág. 268) ni en la de Fonseca Psicosis (págs. 467-468), y las otras tres opciones no describen los pilares de la terapia.

1. Clave provisional. Se acerca al primer sistema del modelo (amenaza y autoprotección), pero la terapia busca desactivarlo mediante la mente compasiva, y el manual no lo llama sistema de huida-lucha-inmovilidad.
2. Aclarar y fortalecer los valores de la persona es un elemento de la terapia de aceptación y compromiso para la psicosis (tabla 8.4).
3. La comprensión metacognitiva de los síntomas es el terreno de las terapias metacognitivas; los pilares de la CFTp son los tres sistemas y la mente compasiva.
4. La integración del funcionamiento relacional no figura entre los pilares de la CFTp.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 268. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 15, págs. 467-468.

EN EL ATLAS

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

135 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos · Anulada

Anulada

En la intervención específica sobre los estados mentales de alto riesgo, se considera establecido que:

1 De forma preventiva pero sistemática debe aplicarse una intervención neuroléptica suave.

2 Ha de aplicarse el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual estandarizado, aunque adaptado a la edad.

3 La aplicación de la terapia cognitivo-conductual debe estar centrada en la discusión activa de los contenidos delirantes y/o alucinatorios para evitar su consolidación.

4 Es preferible limitar las intervenciones psicológicas intensivas, por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, a los casos de presentación sintomática breve e intermitente.

Ninguna intervención ha demostrado ser superior a las demás en los EMAR, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Fonseca resume así la prevención de la psicosis en personas con **EMAR**: la guía NICE recomienda ofrecer **TCC individual** con o sin intervención familiar y **no ofrecer antipsicóticos**. La mayor revisión hasta la fecha (Fusar-Poli et al., 2019) no halló evidencia sólida para preferir una intervención sobre otra, por lo que se aconseja el enfoque más seguro y elegir la intervención psicológica según las **características de cada caso**: preferencias, circunstancias sociales, naturaleza de los síntomas, subgrupo de riesgo y disponibilidad local. La TCCp y la intervención psicológica integrada se consideran el *gold standard*. Ninguna opción recoge con exactitud lo que el manual da por establecido.

1 La NICE recomienda no ofrecer antipsicóticos a las personas de mayor riesgo; las intervenciones psicológicas deben primar sobre las psicofarmacológicas.

2 El manual no propone un protocolo de TCC estandarizado; la selección de la intervención debe basarse en las características de cada caso.

3 Las recomendaciones del manual para los EMAR no incluyen la discusión activa de los contenidos delirantes o alucinatorios.

4 Clave provisional. El manual dice que quienes presentan síntomas psicóticos intermitentes breves y limitados pueden necesitar tratamientos psicológicos más allá de las intervenciones basadas en las necesidades, pero no que la TCC deba limitarse a esos casos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 284-286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 157, PIR 2024 · n.º 171

136

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Señale en qué tratamiento psicológico para la psicosis uno de los elementos terapéuticos es "Ayudar a crear un sentido trascendental del yo":

1. Terapia metacognitiva para la psicosis.
2. Terapia de aceptación y compromiso. ✓
3. Terapia centrada en la compasión.
4. Terapia cognitiva basada en mindfulness.

Ayudar a crear un sentido trascendental del yo es un elemento de la ACT para la psicosis

La **terapia de aceptación y compromiso para la psicosis** (ACTp) adapta los protocolos estándar de la ACT a las limitaciones de atención, las dificultades cognitivas y las preocupaciones de estas personas. Fonseca recoge en la **tabla 8.4** sus seis elementos terapéuticos esenciales (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2016). El cuarto es **ayudar a crear un sentido trascendental del «yo»**, que dirige las intervenciones a fortalecer **el sentido de uno mismo como contexto**. Los otros cinco son crear desesperanza creativa, plantear que el problema sea el control, distanciarse del lenguaje, aclarar y fortalecer los valores y desarrollar la voluntad.

1. El yo como contexto pertenece a la ACTp; la terapia metacognitiva no figura asociada a este elemento.
2. Es el cuarto elemento terapéutico de la tabla 8.4.
3. La terapia centrada en la compasión se apoya en los tres sistemas de regulación emocional y en el desarrollo de una mente compasiva.
4. Las intervenciones basadas en mindfulness para la psicosis forman un apartado distinto del capítulo; el elemento del enunciado está en la tabla de la ACTp.

TABLA 8.4. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS ESENCIALES DE LA ACTP (GARCÍA-MONTES Y PÉREZ-ÁLVAREZ, 2016)

Elementos terapéuticos	Objetivos principales
1. Crear un estado de desesperanza creativa.	Pretende que la persona (o el individuo) contacte emocionalmente con el desconcierto, y la incertidumbre, abandonando estrategias que han podido aliviarle a corto plazo pero que, a la larga, han empeorado su situación real.
2. Plantear la posibilidad que el problema sea el control.	Trata que el individuo comprenda que hay ciertos aspectos de sus experiencias mentales que es imposible controlar y de igualar experiencias psicóticas a sus problemas emocionales.
3. Crear una distancia con respecto al lenguaje.	Empezar a hacer que el individuo se distancie de sus experiencias generando dudas sobre aspectos distintos a las alucinaciones o los delirios.
4. Ayudar a crear un sentido trascendental del «yo».	Dirigir las intervenciones a fortalecer el sentido de uno mismo como contexto.
5. Aclarar y fortalecer los valores de la persona.	Buscar formas en que la persona pueda cumplir estos ideales en sus circunstancias. Convertir en asuntos pragmáticos los valores ideales de la persona y fomentar la importancia de la responsabilidad personal.
6. Desarrollar la voluntad.	Ordenación jerárquica de fines que ponen a la persona ante el carácter conflictivo y trágico de la existencia. Se sitúa la terapia en la vida y se incorporan, como un aspecto más, las recaídas.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 8, tabla 8.4, pág. 267

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.4, págs. 266-267.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 159

137

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Qué intervención está indicada y se diseñó especialmente para la prevención de las recaídas en los trastornos depresivos?:

1 Activación conductual.

2 Terapia interpersonal.

3 Terapia cognitiva de la depresión de Beck.

4 Terapia cognitiva basada en mindfulness. ✓

La terapia cognitiva basada en mindfulness se planteó para prevenir las recaídas depresivas

Aunque hoy se aplica también en la depresión aguda o con síntomas residuales, Fonseca recuerda que, de acuerdo con su planteamiento de partida, la **MBCT** debería entenderse como una **intervención de continuidad orientada a la prevención de las recaídas** y la recurrencia (Segal et al., 2002). En el estudio de **Teasdale et al. (2000)**, añadir al tratamiento habitual un entrenamiento grupal de MBCT fue claramente más eficaz para prevenir recaídas en los pacientes con **tres o más recaídas**. La idea es ayudar a «desconectarse» de los pensamientos depresógenos. La tabla 9.1 resume su evidencia como «solo para **prevención de recaídas depresivas**».

1 La activación conductual figura en la tabla 9.1 como terapia de la depresión (1++, A), sin la restricción a la prevención de recaídas.

2 La terapia interpersonal nació en un ensayo que comprobaba si una psicoterapia de «alto contacto» era un añadido útil a la medicación en pacientes depresivos; la tabla 9.1 la menciona como tratamiento de continuidad, pero no se diseñó para prevenir recaídas.

3 La terapia cognitiva de Beck (1++, A) trata el episodio depresivo e incluye un plan de prevención de recaídas en las sesiones finales, pero no se creó con ese fin.

4 Es la intervención planteada desde el principio para prevenir recaídas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 310, 314, 317-318 y tabla 9.1, pág. 320.

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

138

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

La terapia familiar o terapia basada en la familia (FBT) del Instituto Maudsley consta de varias fases; indique la opción FALSA:

1. Completo control de los padres.
2. Distanciamiento respecto de los padres. ✓
3. Retorno gradual del control al adolescente.
4. Establecer una independencia saludable.

La terapia basada en la familia no tiene una fase de distanciamiento respecto de los padres

La **terapia basada en la familia** (FBT), desarrollada en el **Maudsley Hospital** de Londres, parte de que la adolescente está incrustada en la familia y de que la participación de los padres es necesaria para el éxito del tratamiento. Dura de 6 a 12 meses, con 10 a 20 sesiones, y se estructura en **tres fases** (tabla 13.1): **completo control de los padres**, **retorno gradual del control al adolescente** y **establecer una independencia saludable**. El «distanciamiento respecto de los padres» no es una de ellas; la tercera fase ayuda a la familia a adaptarse a las crecientes demandas de independencia de la adolescente.

1. Es la primera fase: durante las diez primeras sesiones se apoya a los padres para promover la recuperación ponderal de su hija.
2. Es la opción falsa, porque la FBT fortalece a los padres como agentes de cambio y no incluye una fase de distanciamiento.
3. Es la segunda fase, de la sesión 11 a la 16, cuando el peso está prácticamente normalizado.
4. Es la tercera fase, de la sesión 17 a la 20, orientada a la construcción de la identidad adolescente.

TABLA 13.1. FASES DE LA TERAPIA BASADA EN LA FAMILIA

Fase	Descripción
1.ª Completo control de los padres	Durante las diez primeras sesiones, que se producen con una frecuencia semanal, se da apoyo a los padres para promover la recuperación ponderal de su hija, así como la normalización de los hábitos alimentarios.
2.ª Retorno gradual del control al adolescente	Comienza cuando el peso de la persona está prácticamente normalizado. Durante las sesiones 11 a 16 se busca disminuir los niveles de supervisión parental y devolver a la paciente progresivamente las riendas de su alimentación, favoreciendo la toma de decisiones autónoma dentro de los parámetros de salud estipulados por el equipo. En esta fase se reduce gradualmente la frecuencia de las sesiones, pasando a ser quincenales.
3.ª Establecer una independencia saludable	Una vez que se han normalizado el peso y el comportamiento alimentario, se inicia la tercera fase del tratamiento, que ocupa las sesiones de la 17 a la 20, y se orienta hacia la construcción de la identidad adolescente. Esta parte del proceso incluye ayudar a la familia a adaptarse a la crisis de ciclo vital que supone ajustarse a las crecientes demandas de independencia de la adolescente. En esta fase las sesiones son cada tres semanas o una vez al mes.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 13, tabla 13.1, pág. 380

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.1, pág. 380. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 489.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 187

139 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Durante la intervención con pacientes psicóticos y desde el modelo de Terapia cognitiva basada en la persona (p. ej., Chadwick, 2006), ¿qué acción se considera más adecuada sobre los esquemas personales negativos?:

1. Facilitar que la persona reconozca las experiencias como parte de la propia identidad o el yo.
2. Confrontar la evitación experiencial para reducir el miedo a las experiencias esquemáticas negativas.
3. Identificar las experiencias esquemáticas negativas y abordarlas como las distorsiones cognitivas que son.
4. No cuestionar las experiencias esquemáticas negativas, facilitando ser consciente de las mismas. ✓

Chadwick propone tomar conciencia de las experiencias esquemáticas negativas sin cuestionarlas

Chadwick (2006) entiende el esquema como una **experiencia cognitiva y afectiva del yo** cargada de significado explícito e implícito, y por eso habla de **experiencias esquemáticas negativas** (EEN): valoraciones negativas del yo, de los demás y del mundo, rumiación sobre ellas e intentos de evitación experiencial. Su **terapia cognitiva basada en la persona** se plantea cuatro objetivos con las EEN: ayudar a la persona a ser experiencialmente consciente de ellas **sin debatirlas, cuestionarlas o confrontarlas**; que persona y terapeuta las acepten como un hecho de la experiencia; reconocerlas como **experiencias del yo** y no como el yo; y reducir el miedo a ellas. Para ello propone el método de las dos sillas y la meditación vipassana.

1. El tercer objetivo pide reconocer las EEN «por lo que son, y no por lo que parecen ser, esto es, experiencias del yo, no el yo»; la opción las identifica con la propia identidad.
2. El primer objetivo pide tomar conciencia de las EEN sin confrontarlas; lo que se reduce es el miedo a ellas, que es el cuarto objetivo.
3. Abordarlas como distorsiones cognitivas supondría debatirlas; la terapia basada en la persona propone aceptarlas como un hecho de la experiencia.
4. Recoge el primer objetivo: conciencia experiencial sin debatir ni cuestionar.

> **Para fijarlo.** «Mi yo no son mis pensamientos ni mis emociones, sino el contexto donde ocurren»: es la idea que el paciente explora con el método de las dos sillas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5 (Bellido Zanin, Senín Calderón, Rodríguez Testal y Perona Garcelán), pág. 193. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 262-263.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 166

140

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre entrevistas estructuradas o semiestructuradas es FALSA:

1. La SCID-5 tiene cinco versiones: tres para evaluar los diagnósticos generales agrupados en diez módulos y dos para los trastornos de personalidad.
2. La SADS permite realizar el diagnóstico y realizar el historial médico.
3. La KSADS-5 permite la evaluación de niños y adolescentes entre 6 y 18 años siguiendo criterios DSM-5.
4. La CIDI 3.0 es una entrevista semiestructurada que constituye una herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías incluidas en la CIE-10 (excluido el riesgo de suicidio) y que se compone de 41 secciones. ✓

La CIDI 3.0 es una entrevista estructurada que incluye el riesgo de suicidio

La pregunta pide la opción falsa. Belloch describe la **CIDI 3.0** (Kessler y Üstün, 2004) como una **entrevista estructurada** diseñada por la OMS como herramienta de ayuda diagnóstica de las principales categorías de la CIE-10 y el DSM-IV. Se compone de **41 secciones** que evalúan trastornos mentales, comorbilidad física, **riesgo de suicidio**, funcionamiento general, malestar e información sociodemográfica, y dura unas dos horas. La opción 4 la llama semiestructurada y excluye el riesgo de suicidio. Las otras tres opciones coinciden con el manual: la **SCID-5** tiene cinco versiones, la **SADS** evalúa también el historial médico y la KSADS-5 se aplica entre los 6 y los 18 años.

1. La SCID-5 tiene cinco versiones: tres para los diagnósticos generales, agrupados en diez módulos, y dos para los trastornos de la personalidad.
2. La SADS se divide en módulos para el diagnóstico y en otros adicionales para evaluar el historial médico, social y de tratamiento.
3. La KSADS-5 evalúa a niños y adolescentes de entre 6 y 18 años siguiendo criterios DSM-5.
4. Es la opción falsa, porque la CIDI 3.0 es estructurada e incluye el riesgo de suicidio entre sus 41 secciones.

Ojo. El apéndice 7.2 de Fernández-Ballesteros (Ampliación del tema) dice que, como requiere juicios clínicos bien informados, la CIDI puede considerarse una entrevista semiestructurada. Con esa obra, lo que sigue siendo falso en la opción 4 es la exclusión del riesgo de suicidio. Carrasco Ortiz (Base del tema) recoge la CIDI en la tabla 1.3 entre las entrevistas diagnósticas para adultos, con diagnóstico según criterios DSM-IV (no para todos) y CIE-10.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 115. Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Cap. 1, tabla 1.3, pág. 14. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 7.2 (Entrevistas clínicas estructuradas), pág. 4.

EN EL ATLAS

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

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

¿Entre qué valores se recomienda la recuperación de peso en personas con anorexia nerviosa hospitalizadas?:

1 0,2 y 0,5 kg. por semana.

2 0,5 y 1 kg. por semana. ✓

3 1,5 y 2,5 kg. por semana.

4 No hay recomendaciones a este respecto.

En la anorexia nerviosa se recomienda recuperar entre medio kilo y un kilo por semana

En el apartado de recomendaciones, Fonseca explica que **modificar la dieta** depende del tipo de trastorno. En la anorexia nerviosa los objetivos nutricionales y el contexto terapéutico cambian según el **IMC**: por debajo de 16 se aconseja **hospitalización urgente**; entre 16 y 17,5 puede intentarse un tratamiento ambulatorio intensivo; por encima de 17,5, el ambulatorio habitual. El proceso de recuperar el peso perdido es más urgente cuanto más bajo es el IMC y **varía entre 1/2 kg y 1 kg por semana**. Se consigue por tres vías: aumentar las cantidades, añadir alimentos evitados más calóricos y añadir **batidos hipercalóricos** de 200 a 500 calorías.

1 Medio kilo es el límite inferior del intervalo del manual, y 0,2 kg es el mínimo del rango más amplio que citan las guías.

2 Coincide con el intervalo del manual.

3 Supera tanto el intervalo de 1/2 a 1 kg como el máximo de 1,5 kg semanales de las guías.

4 Hay recomendaciones explícitas, en el texto del capítulo y en las guías internacionales que resume.

Ojo. Al resumir las guías internacionales, el mismo capítulo da un ritmo de recuperación de 0,2 a 1,5 kg por semana, según el número de kilos que haya que recuperar y el estado médico de la persona (pág. 488). Ese intervalo no está entre las opciones. El dato de 1/2 a 1 kg aparece como pauta general y no se limita a pacientes hospitalizadas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488 y 493.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 99

142

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

¿Qué terapia está más recomendada para personas que tienen el trastorno de estrés postraumático y sentimientos de culpa asociados?:

1 La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

2 La terapia dialéctica conductual.

3 La terapia de procesamiento cognitivo. ✓

4 La terapia centrada en el presente.

La terapia de procesamiento cognitivo se dirige al TEPT con sentimientos de culpa

Fonseca define la **terapia de procesamiento cognitivo** (CPT) de Resick como una intervención predominantemente cognitiva para personas con **TEPT y sentimientos de culpa asociados** (Chard et al., 2012). Se basa en las teorías sociocognitivas del TEPT, centradas en cómo la víctima interpreta el acontecimiento traumático y trata de recuperar el dominio y el control. En doce sesiones, con psicoeducación y **diálogo socrático**, se reinterpretan los **puntos de estancamiento**, como «ocurrió por mi culpa», y se escribe una narrativa del trauma. Las sesiones finales se dedican a las creencias de seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.

1 La EMDR, basada en el modelo de procesamiento adaptativo de la información, es un tratamiento de primera elección del TEPT en la mayoría de las guías, pero el manual no la vincula a la culpa.

2 La terapia dialéctica conductual se diseñó específicamente para el trastorno límite de la personalidad.

3 Es la terapia que el manual asocia al TEPT con sentimientos de culpa.

4 La terapia centrada en el presente busca que la persona establezca relaciones interpersonales positivas y reflexione sobre cómo el trauma ha influido en su estilo actual de interacción; es un tratamiento no centrado en el trauma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 413, 415-416 y 418-419; cap. 19, pág. 555.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 127, PIR 2025 · n.º 121

143

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes tratamientos para el trastorno de estrés postraumático tiene un mayor apoyo empírico?:

1. La terapia de exposición prolongada. ✓
2. La terapia dialéctica conductual.
3. El entrenamiento en relajación muscular progresiva.
4. La terapia centrada en el presente.

La exposición prolongada es el tratamiento del TEPT con más apoyo empírico

Fonseca distingue los **tratamientos centrados en el trauma** (terapias de exposición, terapia cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo, EMDR), que las directrices de la APA y la NICE orientan a usar como primera elección, de los no centrados en el trauma, como las **técnicas de relajación**, el entrenamiento en inoculación de estrés o la terapia centrada en el presente. En la **tabla 13.2** la **exposición prolongada** (EP) es la única intervención con nivel de evidencia **1++** y grado de recomendación A; la terapia de procesamiento cognitivo y la EMDR tienen 1+ y A, y la terapia centrada en el presente, 2+ y D.

1. La EP tiene el nivel de evidencia más alto de la tabla 13.2 (1++, A).
2. La terapia dialéctica conductual no aparece en la tabla del TEPT; se diseñó específicamente para el trastorno límite de la personalidad.
3. Las técnicas de relajación son un tratamiento no centrado en el trauma y no figuran en la tabla 13.2.
4. La terapia centrada en el presente tiene nivel 2+ y grado D.

TABLA 13.2. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudio(s)
EP	1++	A	Powers et al. (2010); Cusack et al. (2016).
TPC	1+	A	Schnurr y Lunney (2015); Forbes et al. (2012); Monson et al. (2006).
EMDR	1+	A	Chen et al. (2014); Chen et al. (2015); Bisson et al. (2007); Acarturk et al. (2016).
Búsqueda de seguridad	2++	D	Roberts et al. (2016).
TCP	2+	D	Johnson et al. (2016); Ford et al. (2011).
EIE	2+	D	Hensel-Dittmann et al. (2011).
Debriefing	4	—	Adler et al. (2008).

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 13, tabla 13.2, pág. 426. EP: exposición prolongada; TPC: terapia de procesamiento cognitivo; TCP: terapia centrada en el presente; EIE: entrenamiento en inoculación de estrés

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 413, y tabla 13.2, pág. 426; cap. 19, pág. 555.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 126, PIR 2024 · n.º 124

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno denominado “Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas” (DSM-5), y por lo que se refiere al nivel de gravedad, cuando dichos factores psicológicos se asocian a un empeoramiento del cuadro médico que requiere acudir a un servicio de urgencias médicas, hemos de realizar la especificación siguiente:

1 Leve.
2 Moderada.
3 Grave. ✓
4 Extrema.

Si los factores psicológicos llevan a urgencias o al hospital, la gravedad es grave

El diagnóstico de **factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas** se gradúa con cuatro niveles según el efecto sobre la afección médica. Es **leve** si aumenta el riesgo médico, **moderado** si empeora la afección subyacente, **grave** si da lugar a **hospitalización o visita al servicio de urgencias** y **extremo** si produce un riesgo importante con amenaza para la vida. El enunciado describe un empeoramiento que obliga a acudir a urgencias, así que corresponde al nivel grave.

1. Leve corresponde a un aumento del riesgo médico, como no cumplir el tratamiento antihipertensivo.
2. Moderado es el empeoramiento de la afección médica subyacente, como la ansiedad que agrava el asma, sin llegar a urgencias.
3. Grave es el nivel que da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.
4. Extremo se reserva para el riesgo importante con amenaza para la vida, como ignorar los síntomas de un ataque cardíaco.

GRAVEDAD DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MÉDICAS

Gravedad	Criterio del DSM-5-TR
Leve	Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo)
Moderado	Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma)
Grave	Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias
Extremo	Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco)

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, criterios, pág. 365

Para fijarlo. La escala sube por consecuencias: más riesgo, peor enfermedad, urgencias, peligro de muerte.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, pág. 322.

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

145

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

En la terapia de procesamiento cognitivo (Resick y colaboradores), se retan o desafían los significados del trauma en algunas áreas en las que los pacientes tienen más dificultades; señale cuáles:

1. Autoestima, seguridad, sentimientos de vacío y embotamiento afectivo.
2. Confianza y amnesia psicógena.
3. Seguridad y sentimientos de culpa.
4. Seguridad, confianza, poder/control, autoestima e intimidad. ✓

La terapia de procesamiento cognitivo dedica sus sesiones finales a cinco áreas de creencias

La **terapia de procesamiento cognitivo** (CPT) combina psicoeducación, **diálogo socrático** para reinterpretar los **puntos de estancamiento** y una narrativa escrita del trauma. Según Fonseca, las sesiones finales se reservan para las creencias específicas comúnmente afectadas en el TEPT: **seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad**. Ya en las sesiones 1-4 se exploran los significados atribuidos al trauma y cómo ha modelado las creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo en esas mismas áreas.

1. Seguridad y autoestima están entre las áreas, pero los sentimientos de vacío y el embotamiento afectivo no.
2. La confianza es una de las áreas; la amnesia psicógena no figura entre ellas.
3. La seguridad es una de las cinco áreas; la culpa se trabaja como punto de estancamiento («ocurrió por mi culpa»), pero no está en la lista de áreas.
4. Recoge las cinco áreas del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 415-416.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 127

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes componentes forman parte de la técnica RGINA (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) para el tratamiento del tabaquismo?:

1. Gráfica de progresos y entrenamiento en relajación.
2. Reducción progresiva del número de cigarrillos y cambio semanal de marca a otra con menor grado de nicotina. ✓
3. Reducción progresiva del número de cigarrillos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
4. Cambio semanal de marca a otra con menor grado de nicotina y entrenamiento en relajación.

La RGINA combina el cambio de marca de tabaco con la reducción progresiva de cigarrillos

En el tabaquismo, la **TCC** dedica las sesiones iniciales a aumentar el compromiso de cambio y después aborda el abandono. Una de las técnicas más empleadas en la **fase de abandono** es la **reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán** (RGINA), en la que se pauta **el cambio de marca de tabaco a otras con menor cantidad de nicotina** y se **reduce de forma progresiva el número de cigarrillos diarios**. Según la evidencia que cita Fonseca, una reducción semanal del 30 %, combinada con TCC y manejo de contingencias, produce un 95 % de abstinencia al final del tratamiento.

1. La gráfica de progresos y el entrenamiento en relajación no forman parte de la descripción de la RGINA.
2. Son los dos componentes de la técnica.
3. Incluye la reducción progresiva de cigarrillos, pero le falta el cambio de marca, y las habilidades de afrontamiento no forman parte de la RGINA.
4. Incluye el cambio de marca, pero sustituye la reducción del número de cigarrillos por la relajación.

Trampa. Las opciones emparejan un componente verdadero con uno ajeno; solo la 2 junta los dos componentes de la técnica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 507-508.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

147

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

¿En combinación con qué protocolo, el manejo de contingencias mediante incentivos ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de la adicción a la cocaína?:

1 Entrevista motivacional.

2 Terapia familiar conductual.

3 Programa de reforzamiento comunitario (CRA). ✓

4 Terapia de exposición a señales.

El manejo de contingencias da sus mejores resultados en la cocaína combinado con el reforzamiento comunitario

Fonseca señala que el tratamiento con mejores resultados para la adicción a estimulantes, en retención y abstinencia, es la combinación del **programa de reforzamiento comunitario** (CRA) con **manejo de contingencias** (MC). El **CRA más MC** es un tratamiento integral de 24 semanas, desarrollado para el alcohol y adaptado después a la cocaína, que incluye MC mediante incentivos, análisis funcional, entrenamiento en habilidades para rechazar drogas, cambios en el estilo de vida y terapia de pareja. Las tasas de **retención y abstinencia** son significativamente más altas con CRA+MC que con CRA solo, y el manual recomienda combinar el MC con programas como el CRA para mantener sus efectos a largo plazo.

1 El apartado de la cocaína combina el MC con el CRA, la TCC y la prevención de recaídas; la entrevista motivacional no figura en esas combinaciones.

2 La terapia familiar conductual no aparece en el apartado de tratamientos de la cocaína; el CRA incluye terapia de pareja como uno de sus componentes.

3 Es la combinación con mejores resultados en retención y abstinencia.

4 La terapia de exposición a señales no figura en ese apartado entre los tratamientos combinados con el MC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 512-513.

EN EL ATLAS: Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

148

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento de la bulimia nerviosa y en base a la evidencia empírica, ¿qué terapia se puede considerar como alternativa a la terapia cognitivo-conductual?:

1 La psicoterapia focal.

2 La psicoterapia cognitivo-analítica.

3 La terapia interpersonal. ✓

4 La terapia familiar sistémica.

La terapia interpersonal es la alternativa a la TCC en la bulimia nerviosa

Para la **bulimia nerviosa** en adultos, Fonseca considera esencial la terapia psicológica, en particular la **TCC** y la terapia de **autoayuda guiada** focalizada en la bulimia, que la NICE recomienda como primera elección. **Como alternativa, se pueden considerar la terapia interpersonal** (Fairburn et al., 2015) y, raras veces, la terapia psicodinámica; en jóvenes se aconseja añadir terapia familiar. La tabla 16.5 da a la **terapia interpersonal** en la bulimia un nivel de evidencia 2+ y grado de recomendación C, frente al 1++ y A de la TCC.

1. La psicoterapia focal no aparece entre las alternativas que el manual recoge para la bulimia.
2. La psicoterapia cognitivo-analítica no figura entre los tratamientos recomendados para la bulimia.
3. Es la alternativa que recogen las guías.
4. La terapia familiar se aconseja añadir en casos de jóvenes; el manual no la presenta como alternativa a la TCC en adultos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 490-491, y tabla 16.5, pág. 495.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 204

149 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 3

Señale qué elemento NO forma parte del modelo del tratamiento cognitivo-conductual grupal para el trastorno por hipersexualidad de Hallberg et al. (2019):

1. Psicoeducación básica.
2. Técnicas de gestión de impulsos.
3. Exposición y prevención de respuesta. ✓
4. Activación conductual interpersonal.

La TCC grupal de Hallberg para la hipersexualidad no incluye exposición con prevención de respuesta

Hallberg et al. (2019) evaluaron una **TCC multicomponente** para el comportamiento hipersexual, de 7 sesiones semanales de 150 minutos, frente a lista de espera. Cada sesión corresponde a un módulo, recogido en la **tabla 20.3** de Fonseca: psicoeducación básica; psicoeducación sobre excesos y déficits conductuales con intervención motivacional; **técnicas de gestión de impulsos** e identificación de valores; activación conductual según los valores; psicoeducación sobre pensamientos y creencias disfuncionales con experimentos conductuales; **activación conductual interpersonal**; y diseño del programa de mantenimiento. La **exposición y prevención de respuesta** no es uno de los módulos. El grupo tratado redujo la hipersexualidad (d = 0,66) y la compulsividad sexual (d = 0,83).

1. Es el primer módulo.
2. Forma parte del tercer módulo, junto con la identificación de valores.
3. No figura entre los siete módulos del programa.
4. Es el sexto módulo: entrenamiento en asertividad, manejo de conflictos y compromiso con objetivos interpersonales.

TABLA 20.3. COMPONENTES DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TRASTORNO POR HIPERSEXUALIDAD (HALLBERG ET AL., 2019)

Componentes
1. Psicoeducación básica de la terapia cognitivo-conductual y el trastorno por hipersexualidad.
2. Psicoeducación de los excesos y déficits conductuales. Aspectos básicos del análisis funcional del comportamiento. Intervención motivacional.
3. Técnicas de gestión de impulsos. Identificación de valores.
4. Activación conductual de acuerdo con los valores identificados. Aspectos avanzados del análisis funcional del comportamiento.
5. Psicoeducación sobre la influencia de pensamientos y creencias disfuncionales sobre la conducta, debate cognitivo. Experimentos conductuales entre sesiones, reestructuración cognitiva y técnicas de solución de problemas.
6. Activación conductual interpersonal: entrenamiento en habilidades de asertividad, manejo de conflictos e identificación y compromiso con objetivos interpersonales.
7. Resumen del tratamiento. Diseño e implementación del programa de mantenimiento individual.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 20, tabla 20.3, pág. 589

Ojo. El Atlas también cita este apartado de Fonseca Adultos (cap. 20, apdo. 2.4, trastorno por comportamiento sexual compulsivo) como Consulta del tema C5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 20, tabla 20.3, pág. 589.

EN EL ATLAS

Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación).

150 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

El procedimiento denominado “thinking aloud” (pensar en voz alta) en el tratamiento del juego patológico se utiliza para:

1. Identificar los pensamientos irracionales que acompañan a la conducta de jugar. ✓
2. Controlar los estímulos condicionados asociados a la conducta de jugar.
3. Modificar los patrones de juego compulsivos de los jugadores patológicos.
4. Identificar los determinantes de las recaídas pasadas en la conducta de jugar.

Pensar en voz alta mientras se juega sirve para identificar los pensamientos irracionales del jugador

Vallejo (2023) recoge que la presencia de **distorsiones cognitivas** en los jugadores patológicos se ha constatado con dos procedimientos: el **registro de las verbalizaciones durante el juego** (método de **pensar en voz alta**) y los autoinformes tras el juego. En la evaluación clínica se recomienda el procedimiento de **Ladouceur et al. (1988)**: el jugador aprende a identificar sus pensamientos verbalizándolos en voz alta en actividades ajenas al juego y después juega como de costumbre mientras se graban sus verbalizaciones. Las grabaciones sirven para que **identifique sus pensamientos irracionales** y, después, para entrenarle en su modificación.

1. Es la finalidad del procedimiento.
2. Controlar los estímulos condicionados no es la función que el manual atribuye a este procedimiento, que se dirige a los pensamientos.
3. El procedimiento no modifica por sí mismo los patrones de juego; identifica los pensamientos que después se entrena a cambiar.
4. Analizar las recaídas pasadas no es su objetivo: registra lo que el jugador piensa mientras juega.

Ojo. Fonseca Adultos (cap. 18, Base del tema C8) no describe el método de pensar en voz alta; está en Vallejo, obra de Ampliación del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Juego patológico, Labrador y Labrador), págs. 162 y 173.

EN EL ATLAS

Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

151 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos · Anulada

Anulada

¿Para el tratamiento de qué disfunción sexual está indicada la técnica de parada y arranque?:

1. Trastorno eréctil.
2. Eyaculación precoz.
3. Eyaculación retardada.
4. Dispareunia.

La técnica de parada y arranque se usa en la eyaculación precoz y en el trastorno eréctil, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. La **técnica de parada y arranque**, introducida por **Semans (1956)**, aparece en los manuales del Atlas para dos disfunciones. Penadés la considera especialmente útil en el **trastorno eréctil** y en la **eyaculación temprana**: el paciente se masturba con un ritmo constante y deja de estimularse cuando está muy excitado y siempre antes del momento de inminencia eyaculatoria. La tabla 14.6 de Belloch la incluye en el trastorno eréctil (la pareja estimula el pene hasta la erección y se detiene hasta que vuelve a la flacidez) y, como técnica de Semans, en la **eyaculación precoz** (detener la estimulación justo antes de eyacular). Con estas fuentes, las opciones 1 y 2 son correctas.

1. Belloch (tabla 14.6) y Penadés (cap. 22) la incluyen en el tratamiento del trastorno eréctil.
2. Es su uso más conocido, como técnica de Semans: detener la estimulación justo antes de eyacular.
3. La tabla 14.6 no la incluye en la eyaculación retardada, que se aborda con exploración de mitos y terapia cognitiva.
4. La dispareunia (dolor génito-pélvico/penetración) se trata en la tabla 14.6 con terapia cognitiva, desensibilización in vivo y control de la ansiedad, entre otras técnicas.

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, pág. 554, y cuadro 22.1, págs. 556-557. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, tabla 14.6, pág. 461.

EN EL ATLAS

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

152 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

El uso de estrógenos o antiandrógenos en el abordaje médico de algunas personas con disforia de género, suele tener como efecto:

1. Más síntomas de ansiedad.
2. Peor estado de ánimo y empeoramiento de la calidad de vida.
3. Mayor aversión hacia sus genitales.
4. Reducir la libido, aunque en algunos casos se ha encontrado un mayor interés en el sexo. ✓

El tratamiento con estrógenos o antiandrógenos suele reducir la libido, aunque a veces aumenta el interés sexual

En el apartado de tratamiento de la **disforia de género**, Belloch señala que los tratamientos con **estrógenos o testosterona exógenos** tienen algún riesgo de efectos secundarios, como la **reducción de la libido** debida a los antiandrógenos o a los estrógenos, o su incremento por los andrógenos. Aun así, ambos se han asociado a una **mejora** de la ansiedad, el estado de ánimo, la satisfacción global y la calidad de vida, igual que la cirugía de reasignación de sexo. Incluso en algunos casos tratados con antiandrógenos, que en teoría reducen el deseo sexual, se ha encontrado **un mayor interés en el sexo**, posiblemente por haber conseguido los cambios corporales deseados (Byne et al., 2018).

1. El tratamiento hormonal se ha asociado a una mejora de la ansiedad.
2. Se ha asociado a una mejora del estado de ánimo y de la calidad de vida.
3. El manual no describe una mayor aversión hacia los genitales; relaciona los cambios corporales conseguidos con un mayor interés en el sexo.
4. Recoge los dos datos del manual: reducción de la libido como efecto secundario y, en algunos casos, mayor interés en el sexo.

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. 479.

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

153 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

El objetivo principal del tratamiento psicológico de los trastornos parafílicos suele ser:

1 La eliminación del interés sexual específico que está a la base de la parafilia.

2 Evitar o disminuir la probabilidad de que se realice el comportamiento, que puede llevar incluso a un acto delictivo, o la reincidencia. ✓

3 La disminución del deseo o pulsión sexual general para que disminuya la probabilidad del acto parafílico.

4 Empatizar con las víctimas de su trastorno parafílico.

En los trastornos parafílicos se busca evitar el comportamiento y la reincidencia

Belloch explica que el tratamiento clásico de los **trastornos parafílicos** usaba técnicas aversivas, hoy consideradas insuficientes y en algunos casos poco éticas. Actualmente se opta por una **aproximación más integral**: además de intentar disminuir el impulso parafílico, se atiende a los factores predisponentes, a las deficiencias del individuo y a reconstruir su sexualidad hacia formas más saludables. El manual aclara que eliminar el interés sexual que está en la base de la parafilia, algo muy complejo de conseguir, no suele plantearse como objetivo. Lo que se busca es **evitar o disminuir la probabilidad de que se realice el comportamiento**, que puede llevar a un acto delictivo, o la **reincidencia**.

1 El manual dice que eliminar el interés sexual de base no suele plantearse como objetivo, porque es muy complejo de conseguir.

2 Es el objetivo que señala el manual.

3 El manual habla de disminuir el impulso parafílico y de reconstruir la sexualidad hacia relaciones placenteras con otra persona madura que las consiente y desea; reducir el deseo sexual general no figura entre sus objetivos.

4 El entrenamiento de la empatía es un módulo del programa que describe el manual, un medio dentro del tratamiento y no su objetivo principal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 472-473.

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

154

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

¿En qué momento del tratamiento de los trastornos disociativos se trabajará la mejora de la comunicación y el autocuidado con los pacientes con mucha fragmentación?:

1. Se iniciará ya desde la primera fase centrada en la estabilización. ✓
2. Este trabajo con las partes nunca se iniciará en la primera fase.
3. Será necesario abordarlo en la fase tercera de integración de la personalidad, pero nunca antes.
4. Se iniciará en la fase segunda, la de integración de los recuerdos, pero nunca antes.

La comunicación entre las partes y el autocuidado se trabajan ya en la fase de estabilización

El tratamiento de los trastornos disociativos está **orientado por fases**: estabilización, tratamiento de los recuerdos traumáticos e integración. Belloch, siguiendo la guía de la ISSTD, describe la **estabilización** como la fase que fortalece al paciente mediante regulación emocional, funcionamiento interpersonal, **autocuidado**, conexión corporal y comprensión de los síntomas, y añade que en pacientes **con mucha fragmentación** hay que trabajar con el sistema interno de partes, **mejorando la comunicación** y el autocuidado. Fonseca coincide: en la fase 1 se ayuda a la persona a reconocer y aceptar sus partes, lo que incluye el **establecimiento y mejora progresiva de la comunicación** y la colaboración entre ellas, y se entrena la mejora de los autocuidados físicos.

1. Los dos manuales sitúan este trabajo en la primera fase, la de estabilización.
2. El trabajo con las partes empieza en la fase 1, cuando se ayuda a reconocerlas, aceptarlas y mejorar su comunicación y colaboración.
3. La integración de la personalidad es la última fase; la comunicación entre partes se ha trabajado antes.
4. En la segunda fase se tratan los recuerdos traumáticos, que en la fase 1 se recomienda contener; la comunicación y el autocuidado ya se han abordado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 14, págs. 441-442. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 274.

EN EL ATLAS Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 122

155 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 3

Uno de los tratamientos que ha mostrado ser eficaz para la somatización (actual trastorno de síntomas somáticos en el DSM-5) es el de Woolfolk y Allen (2006). Este protocolo de tratamiento integra principios de la terapia cognitivo-conductual estándar con:

1. La terapia de esquemas de Young.
2. La terapia de mentalización de Bateman y Fonagy.
3. La terapia centrada en las emociones de Greenberg. ✓
4. La entrevista motivacional de Miller y Rollnick.

El tratamiento de Allen y Woolfolk integra la TCC con la terapia focalizada en la emoción

Fonseca presenta el tratamiento de **Allen y Woolfolk (2006)** como la propuesta cognitivo-conductual más sistemática para los trastornos basados en síntomas y la única que incluye un manual de tratamiento paso a paso. Hace un énfasis explícito en la **exploración, la diferenciación y la expresión de las emociones**. En una primera versión se llamó **terapia cognitivo-conductual afectiva** para la somatización y después **terapia cognitivo-conductual focalizada en la emoción**, para remarcar la aportación de la **terapia focalizada en la emoción** (p. ej., Greenberg y Pavio, 1997) y de otros modelos psicoanalíticos y gestálticos. Combina técnicas cognitivo-conductuales con entrenamiento en exploración y regulación emocional.

1. La terapia de esquemas de Young no aparece entre las influencias que el manual atribuye a esta propuesta.
2. La terapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy tampoco figura entre ellas.
3. Es la influencia que da nombre a la segunda versión del tratamiento.
4. La entrevista motivacional no forma parte de la propuesta que describe el manual.

> **Ojo.** El manual cita también como influencias la terapia dialéctico-conductual y la terapia de aceptación y compromiso, que ponen el énfasis en experimentar, tolerar y aceptar emociones desagradables en lugar de buscar su eliminación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, págs. 472-473.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

156 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

La terapia interpersonal:

1 Es un tratamiento de elección para la fobia social.

2 Mezcla técnicas cognitivas, psicodinámicas y gestálticas para problemas emocionales relacionados con las interacciones personales.

3 Ha demostrado un alto nivel de evidencia para los trastornos de la conducta alimentaria.

4 Ha demostrado un nivel moderado de evidencia para el tratamiento de la bulimia nerviosa y un mejor nivel de evidencia para la depresión. ✓

La terapia interpersonal tiene más evidencia en la depresión que en la bulimia nerviosa

La **terapia interpersonal** (TIP) de Klerman y Weissman nació para la depresión y organiza su trabajo en cuatro áreas problemáticas: el duelo, las disputas del rol, las transiciones del rol y los déficits interpersonales. Su apoyo empírico cambia según el trastorno. En la **depresión** tiene nivel de evidencia **1+ y grado A** (tabla 9.1). En la **bulimia nerviosa** tiene **2+ y grado C** (tabla 16.5) y se considera una alternativa a la TCC. En la **fobia social** también tiene 2+ y C (tabla 11.2). La opción 4, evidencia moderada en la bulimia y mejor en la depresión, es la que concuerda con el manual.

1. En la fobia social los tratamientos con más evidencia son la TCC (1++, A) y otros de grado A; la terapia interpersonal tiene 2+ y C.
2. Sus técnicas se agrupan en psicoeducación, comunicación y solución de problemas, toma de perspectiva y habilidades sociales, autoexpresión, role-playing, toma de decisiones o líneas de vida; el manual no la describe como una mezcla de técnicas psicodinámicas y gestálticas.
3. En los trastornos alimentarios su evidencia es baja: 2+ y C en la bulimia, y en la anorexia solo se considera como alternativa si los tratamientos de primera línea son inaceptables, están contraindicados o son ineficaces.
4. Concuerda con las tablas 9.1 y 16.5.

LA TERAPIA INTERPERSONAL EN LAS TABLAS DE EVIDENCIA DE FONSECA (FILAS DE LAS TABLAS 9.1, 11.2 Y 16.5)

Trastorno	Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Depresión	Terapia interpersonal (TIP)	1+	A
Fobia social	Terapia interpersonal	2+	C
Bulimia nerviosa	Terapia interpersonal	2+	C

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 9, tabla 9.1, pág. 320; cap. 11, tabla 11.2, pág. 375; cap. 16, tabla 16.5, pág. 495

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-316, y tabla 9.1, pág. 320; cap. 11, tabla 11.2, pág. 375; cap. 16, pág. 489, y tabla 16.5, pág. 495.

EN EL ATLAS Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base). Fonseca Adultos es Base del tema C4.

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

157 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

La terapia interpersonal y del ritmo social, es una terapia que ha mostrado su eficacia en el tratamiento de:

1 Los trastornos del sueño.

2 El trastorno bipolar. ✓

3 La fobia social.

4 Problemas de pareja.

La terapia interpersonal y de ritmos sociales se desarrolló para el trastorno bipolar

La **terapia interpersonal y de ritmos sociales** (IPSRT) es un tratamiento manualizado desarrollado por **Frank et al. (1994)** para ayudar a las personas con **trastorno bipolar**. Sus autores consideran que los cambios en el ritmo de vida causan cierta inestabilidad en el estado de ánimo, la disfunción fundamental del trastorno, y por eso su objetivo es mejorar el estado de ánimo **comprendiendo y estabilizando los ritmos biológicos y sociales**. Combina terapia del ritmo social, terapia interpersonal y educación sobre la medicación (tabla 10.6). Según Fonseca, su apoyo experimental va **de modesto a fuerte**; la APA la clasifica con apoyo modesto.

1 Busca rutinas diarias y ciclos de sueño-vigilia estables, pero se desarrolló para el trastorno bipolar y no para los trastornos del sueño.

2 Es el trastorno para el que se creó.

3 La tabla de los trastornos de ansiedad recoge para la fobia social la terapia interpersonal clásica (2+, C); la IPSRT no aparece en ella.

4 Los problemas de pareja no son su indicación; su base empírica procede de los trabajos del grupo de Frank con personas con trastorno bipolar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, tabla 10.6, págs. 343-344.

EN EL ATLAS Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 145

158 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos · Anulada

Anulada

¿Cuál de las siguientes es una característica de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) de Zigmond y Saint (1983)?:

1. Se aplica a personas con enfermedades físicas y/o psiquiátricas.
2. Se compone de tres subescalas: una para los síntomas de ansiedad, otra para los de depresión y otra para los síntomas compartidos.
3. Ninguno de los ítems hace referencia a síntomas somáticos.
4. El marco de referencia temporal son los 15 días previos a la administración de la escala.

La HAD no tiene ítems somáticos y se diseñó para hospitales no psiquiátricos, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Según Bobes, la **HAD** (Zigmond y Snaith, 1983) se diseñó como instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en **servicios hospitalarios no psiquiátricos**, sin contaminación por la sintomatología física del paciente. Tiene **14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos**, agrupados en **dos subescalas** de 7: ansiedad (ítems impares) y depresión, centrada en la anhedonia (ítems pares). El **marco de referencia temporal es la semana previa**. Con las obras del Atlas solo la opción 3 es correcta, y ninguna explica la anulación.

1. Bobes la presenta como instrumento para servicios hospitalarios no psiquiátricos.
2. Tiene dos subescalas de 7 ítems, ansiedad y depresión, y ninguna de síntomas compartidos.
3. Clave provisional. Coincide con Bobes: ninguno de sus 14 ítems hace referencia a síntomas somáticos.
4. El marco de referencia temporal es la semana previa.

Ojo. La opción 1 habla de «enfermedades físicas y/o psiquiátricas». Bobes limita la HAD al contexto hospitalario no psiquiátrico, pero cita en sus referencias complementarias un estudio de su uso clínico en población psiquiátrica (Tejero et al., 1986), y Belloch 2020 (vol. II, tabla 6.14) la incluye entre los instrumentos para evaluar la sintomatología depresiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bobes, J. et al. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2.ª ed.). Ars Medica-Psiquiatría Editores. Cap. 5, pág. 51. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.14, pág. 224.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Bobes (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

159

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones

Respuesta correcta: 4

La terapia centrada en las emociones (Greenberg y colaboradores):

1. Es un modelo terapéutico de carácter psicoanalítico que integra técnicas conductuales y cognitivas en el abordaje de los desórdenes emocionales.
2. Es un modelo terapéutico de carácter cognitivo que integra el binomio motivación-emoción en el abordaje de la depresión.
3. Es un modelo terapéutico centrado en el biofeedback como técnica principal para el equilibrio de las emociones.
4. Es un modelo terapéutico de carácter humanista experiencial que integra elementos de las prácticas centradas en el cliente y de la Gestalt. ✓

La terapia centrada en las emociones es un modelo humanista experiencial que integra la terapia centrada en el cliente y la Gestalt

Fonseca define la **terapia centrada en las emociones** (EFT), originalmente llamada terapia del proceso experiencial, como un modelo de **carácter humanista experiencial**, desarrollado por Sue Johnson y Les Greenberg, que integra elementos de las prácticas **centradas en el cliente** de Rogers y de la **Gestalt** de Perls. Rodríguez Morejón la describe como un **modelo híbrido** que tiene las emociones como contenido nuclear de trabajo y se basa en la tradición humanista: toma de Rogers su visión del ser humano, de Gendlin la atención a los momentos de cambio en sesión, de la Gestalt el contacto con el presente y las sensaciones corporales y de la terapia existencial la búsqueda de sentido. Incorpora además teorías cognitivo-constructivistas, narrativas, del apego y sistémicas.

1. La EFT pertenece a la tradición humanista; el manual no la describe como un modelo psicoanalítico que integre técnicas conductuales y cognitivas.
2. Incorpora teorías cognitivo-constructivistas, pero su base es humanista experiencial y no se limita a la depresión.
3. El biofeedback no figura entre sus elementos; la EFT trabaja con la experiencia emocional en la sesión.
4. Es la definición que da Fonseca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 4, pág. 123. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 32, págs. 508-509.

EN EL ATLAS

Tema F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones. Se estudia con Morejón (Base) y Fonseca Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 120

160 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

La psicoterapia centrada en la transferencia:

1. Es un tratamiento humanista con evidencia empírica para los trastornos de estrés postraumático.
2. Es un tratamiento psicodinámico con evidencia empírica para el trastorno de personalidad límite. ✓
3. En un tratamiento que no ha obtenido evidencia empírica sobre su eficacia.
4. Es un tratamiento cognitivo con evidencia empírica para la depresión.

La psicoterapia centrada en la transferencia es un tratamiento psicodinámico con evidencia en el trastorno límite

Fonseca describe la **psicoterapia centrada en la transferencia** (PCT) como un **tratamiento psicodinámico** fundamentado en la **teoría de las relaciones objetales** y el concepto de apego (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999). Entiende los trastornos de la personalidad como trastornos del desarrollo en los que las relaciones con los objetos se han internalizado de forma polarizada y escindida, y busca reactivarlas en condiciones controladas para observarlas e interpretarlas **en la transferencia con el terapeuta**. La PCT ha sido probada con éxito en el **TP límite**: en el ensayo de Arntz et al. (2015) redujo la sintomatología, con un efecto algo menor que la terapia centrada en esquemas, y la tabla 19.6 recoge dos ensayos controlados aleatorizados de nivel 1+.

1. Es un tratamiento psicodinámico y su evidencia procede del TP límite; el manual no la relaciona con el TEPT.
2. Recoge su orientación y la indicación en la que tiene evidencia.
3. La tabla 19.6 recoge dos ensayos clínicos controlados y aleatorizados de nivel 1+ y un estudio de cohortes en el TP límite.
4. Combina técnicas psicoanalíticas clásicas (interpretación, atención a procesos inconscientes, foco en la transferencia) con un papel más activo del terapeuta, y el manual la presenta para el TP límite.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 560-561 y tabla 19.6.

EN EL ATLAS Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 97

161 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F3 · Enfoques eclécticos e integradores | Revisar

Respuesta correcta: 3

Según la propuesta de Winter (1992) señale qué criterio debe cumplir un cliente para ser seleccionado para una terapia extraspectiva:

1. Cliente con síntomas poco centrales.
2. Cliente con baja consistencia lógica.
3. Cliente con un sistema de constructos rígidos. ✓
4. Cliente que construye sus problemas en términos psicológicos.

Según Winter, los clientes con un sistema de constructos rígido encajan mejor en las terapias extraspectivas

La pregunta procede de una obra que no está en el corpus del Atlas, **Corbella y Botella (2004)**. Según esa fuente, **Winter** analiza las psicoterapias con la clasificación de Rychlak (1968), que distingue tratamientos **introspectivos** (como la psicoterapia de grupo) y **extraspectivos** (como la terapia de conducta), y propone asignar a cada paciente el más beneficioso según su estilo personal, su dirección de intereses y sus expectativas sobre el tratamiento. Los clientes con un **sistema de constructos rígido** serían candidatos a terapias extraspectivas. Los que tienen baja consistencia lógica, síntomas poco centrales en su sistema de constructos o construyen sus problemas en términos psicológicos lo serían a las **introspectivas**.

1. Los clientes cuyos constructos relacionados con los síntomas son poco centrales se asignarían a terapias introspectivas.
2. La baja consistencia lógica orientaría también hacia terapias introspectivas.
3. Un sistema de constructos rígido orienta hacia las terapias extraspectivas.
4. Construir los problemas en términos psicológicos encaja con las terapias introspectivas.

Ojo. Sin respaldo en el corpus del Atlas: la distinción entre terapias introspectivas y extraspectivas no aparece en las obras de las áreas C y F (Rojí y Saúl, Gimeno, Rodríguez Morejón, Feixas y Miró, Penadés, Fonseca). La explicación se apoya en la descripción de Corbella y Botella (2004), que no se ha podido comprobar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: No está en el corpus del Atlas. Fuente: Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. Pág. 159 (sin comprobar).

EN EL ATLAS: Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores.

Respuesta correcta: 1

¿Qué resulta fundamental en las terapias breves, estratégicas y centradas en soluciones?:

1. Ayudar a los pacientes de forma efectiva a cambiar la situación presente. ✓
2. Escuchar y reconstruir el relato del problema que hace el cliente.
3. Trasmitir de forma convincente que se entiende, acepta y aprecia al cliente.
4. Llegar a un diagnóstico consensuado y libre de estigmas.

Las terapias breves y centradas en soluciones buscan cambiar con eficacia la situación presente

Rodríguez Morejón explica que, al igual que en el **MRI**, el objetivo de la **terapia centrada en soluciones** (TCS) es **resolver los problemas** y no necesariamente cambiar a las personas, ayudándolas a **alcanzar sus metas** con sus iniciativas de afrontamiento exitosas y sus recursos personales. Según la TCS no se necesita saber mucho del problema o del pasado: basta con saber adónde quiere llegar la persona y qué está haciendo que le ayude a ir en esa dirección. Comparte la visión estratégica del proceso, sin un número fijo de sesiones, y **el objetivo de cada sesión es producir el mayor cambio posible**, que en las siguientes se amplifica y consolida.

1. Recoge el objetivo común a estos modelos: producir cambios efectivos en la situación actual.
2. Según la TCS no se necesita saber mucho del problema ni del pasado; el trabajo se centra en las metas y los recursos.
3. La TCS pide un terapeuta empático que cree una buena alianza, pero su objetivo es resolver problemas y alcanzar metas; la aceptación incondicional es una de las actitudes que el manual atribuye a la terapia centrada en la persona de Rogers.
4. La TCS se une a la corriente antidiagnósticos y su visión es antinormativa, así que no persigue ningún diagnóstico, ni siquiera consensuado.

Ojo. El enunciado agrupa terapias breves, estratégicas y centradas en soluciones. El manual trata por separado el modelo estratégico-comunicacional (cap. 24) y la TCS (cap. 28); la TCS declara compartir con el MRI el objetivo de resolver problemas y con el enfoque estratégico la visión del proceso terapéutico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 28, págs. 466-468; cap. 32, pág. 508.

EN EL ATLAS Tema F9 · Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional. Se estudia con Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 119

163

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se concibe la estructura familiar desde la terapia familiar estructural?:

1. Como los vínculos de parentesco establecidos mediante criterios sociales y legales que determinan los derechos y deberes de cada miembro de la familia.
2. Como la información que aparece en el genograma.
3. Como un conjunto invisible de demandas y expectativas funcionales que organizan el modo en que interactúan los miembros de una familia. ✓
4. Como el conjunto de pautas de comunicación funcionales y disfuncionales que determinan los roles y reglas en las familias multigeneracionales.

Para la terapia estructural la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales

En la **terapia estructural** de Minuchin, la familia es un sistema que opera a través de **pautas transaccionales**: las interacciones repetidas establecen pautas acerca de en qué forma, cuándo y con quién relacionarse, y dan estabilidad al sistema. Moreno define la **estructura familiar** como **el conjunto invisible de demandas y expectativas funcionales que organizan el modo en que interactúan los miembros de una familia**. Rodríguez Morejón lo formula de forma complementaria: el conjunto de patrones de interacción habituales acaba creando la estructura familiar, que se analiza con tres conceptos, **subsistemas, alianzas y coaliciones, y límites**.

1. Los vínculos de parentesco y los derechos y deberes legales no forman parte de la definición; la estructura se refiere a las pautas que organizan las interacciones.
2. El genograma no aparece en la definición de estructura, que alude a demandas y expectativas funcionales que no se ven.
3. Es la definición de Moreno.
4. La estructura de Minuchin se analiza con subsistemas, alianzas y coaliciones, y límites; la definición no habla de pautas de comunicación en familias multigeneracionales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 7 (Terapia estructural, Martínez Díaz), pág. 211. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25, págs. 424-425.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 89

164

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F3 · Enfoques eclécticos e integradores

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es el objetivo de integración metateórica en psicoterapia?:

1. Alcanzar la unificación de las diferentes psicoterapias mediante la articulación de una única teoría aplicable a todos los casos.
2. Contribuir al incremento del número de teorías y prácticas psicoterapéuticas disponibles para aumentar la cartera de servicios de los psicoterapeutas.
3. Limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. ✓
4. Detener la proliferación de formas de conceptualización estériles en psicoterapia y guiarse por el lema de "más resultados y menos teorías".

La integración metateórica limita la síntesis a los enfoques epistemológicamente compatibles

Feixas y Miró distinguen dentro de la **integración teórica** la híbrida y la amplia, y añaden un tipo que va más allá de la síntesis conceptual: la **integración metateórica**, que articula diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un **marco común metateórico**. Su ejemplo es el **Integracionismo Teórico Progresivo** de Neimeyer y Feixas, que pretende superar las contradicciones teóricas y filosóficas de combinar enfoques radicalmente opuestos. Para ello propone **limitar la síntesis teórica y técnica a los enfoques epistemológicamente compatibles**, es decir, a sistemas con axiomas filosóficos compatibles, y considera la **epistemología constructivista** un marco metateórico idóneo.

1. El espíritu integrador no busca necesariamente una psicoterapia unificada, y la integración metateórica restringe la síntesis a sistemas compatibles.
2. El movimiento integrador surge, entre otras razones, porque la diversidad de enfoques da una imagen fragmentaria de la profesión; aumentar el número de teorías va en sentido contrario.
3. Es la propuesta del Integracionismo Teórico Progresivo.
4. Primar los resultados sobre la teoría encaja con la integración técnica o eclecticismo técnico, que selecciona técnicas con independencia de su teoría de origen.

Ojo. Rojí y Saúl (cap. 13, Base del tema) definen la integración teórica como una amalgama conceptual que fusiona elementos de distintas escuelas y solo mencionan las propuestas integradoras de carácter metaconceptual; la integración metateórica se desarrolla en Feixas y Miró.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 5, págs. 359 y 372-373. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 13, apdo. 4.

EN EL ATLAS

Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores. Se estudia con Rojí y Saúl (Base) y Feixas y Miró (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 104

Respuesta correcta: 1

La terapia cognitiva de la depresión de Beck se concibe como un enfoque psicoeducativo donde el diálogo entre terapeuta y cliente es esencial para el desarrollo de la terapia. Este diálogo puede ser entendido como una interacción verbal y, por tanto, analizado funcionalmente, identificando los tipos de operantes verbales que Skinner clasificó en función de los estímulos antecedentes, respuestas y reforzadores, entre otras, el tacto. ¿Cómo se define el tacto?:

1. Operante verbal que está bajo el control de un estímulo discriminativo no verbal, mantenida por reforzamiento social generalizado. ✓
2. Operante verbal compuesta de una respuesta vocal que guarda similitud morfológica con el estímulo discriminativo verbal.
3. Operante verbal bajo el control de otros estímulos discriminativos verbales, mantenida por reforzadores negativos.
4. Operante verbal bajo el control de antecedentes verbales que no guardan similitud morfológica con la propia operante.

El tacto es la operante verbal controlada por un estímulo discriminativo no verbal

Pérez Álvarez resume el análisis funcional del lenguaje que Skinner expuso en *Conducta verbal* (1957): la conducta verbal se clasifica por sus funciones, según el control antecedente y las consecuencias que obtiene en el oyente. El **tacto** (de «contacto») es la conducta verbal controlada por un **estímulo discriminativo**: las cosas, los eventos, las situaciones o sus aspectos, públicos o privados. Equivale a la función referencial de nombrar. Se aprende en contextos interpersonales y lo **refuerza la comunidad verbal**, aunque lo que lo define es el control antecedente. En la **intraverbal** el antecedente también es verbal, la **autoclítica** se refiere a la propia conducta verbal y el **mando** se define por la consecuencia que obtiene de los demás.

1. Recoge las dos notas del manual: el control por un estímulo discriminativo que no es verbal (cosas, eventos o situaciones) y el reforzamiento a cargo de la comunidad verbal.
2. La reproducción de un estímulo verbal corresponde a los comportamientos ecoicos, que Eguíluz y Segarra describen como imitación verbal. El tacto se emite ante estímulos no verbales.
3. El control por estímulos verbales es propio de la intraverbal, y el manual tampoco define el tacto por un reforzamiento negativo.
4. Un antecedente verbal define la intraverbal, cuyo control antecedente «es también verbal».

Ojo. La pregunta procede de Miltenberger (2017), que no está en el corpus del Atlas. En el Atlas, Rodríguez Morejón (cap. 14, pág. 264) distingue los tactos (descripciones) de los mandos (peticiones) al presentar la FAP; la definición completa, con el estímulo discriminativo no verbal y el reforzamiento social generalizado, está en Pérez Álvarez (2014), una edición digital sin paginación impresa que no es fuente del Atlas.

Para fijarlo. Tactar es hacer contacto con el mundo: se nombra lo que está delante, sea una silla o el propio dolor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Miltenberger, R. G. (2017). Modificación de conducta: principios y procedimientos (obra de la que procede la pregunta; no está en el corpus). Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Herder. Cap. 14, «Terapia analítico-funcional», apdo. 2, pág. 264. Pérez Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Síntesis. Cap. 4, apdos. 4.2-4.2.2 (edición digital sin paginación impresa). Eguíluz Uruchurtu, I. y Segarra Echebarría, R. (2005). Introducción a la psicopatología. Ars XXI. Cap. «Psicopatología del lenguaje», pág. 217.

EN EL ATLAS: Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Rodríguez Morejón (2019) (Ampliación).

166 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F11 · Historia y evaluación conductual

Respuesta correcta: 2

Estudios recientes desde el análisis de la conducta han destacado el papel que juega la conducta gobernada por reglas en el desarrollo de problemas de depresión. ¿Qué sugieren los estudios realizados sobre conducta gobernada por reglas?:

1. La insensibilidad a las contingencias ambientales es una capacidad innata.
2. La conducta adquirida mediante instrucciones directas tiende a ser menos sensible a las contingencias ambientales. ✓
3. La conducta gobernada por reglas solo puede contactar con fuentes de reforzamiento similares a las de la conducta moldeada por contingencias.
4. El seguimiento de reglas es una respuesta operante totalmente ajena a las contingencias.

La conducta aprendida por instrucciones se ajusta peor a los cambios en las contingencias

Penadés recoge la distinción de Skinner entre la conducta **moldeada por contingencias**, que ocurre porque ha ido seguida de ciertas consecuencias, y la conducta **gobernada por reglas**, que está bajo el control de un estímulo discriminativo que especifica contingencias verbales. La supuesta **insensibilidad a las contingencias** tendría más que ver con el reforzamiento de seguir reglas: la conducta queda controlada por las contingencias que describe la regla y no por las directas. Pérez Álvarez describe el experimento típico: quienes reciben una regla precisa aciertan antes, pero cuando las contingencias cambian tienen más dificultades que quienes aprendieron en **contacto directo** con ellas. La regla que fue ventajosa pasa a ser desventajosa.

1. Los manuales explican la insensibilidad por la historia de aprendizaje, en concreto por el reforzamiento de seguir reglas, y no la presentan como una capacidad innata.
2. Es lo que muestran los experimentos que describe Pérez Álvarez: quienes siguieron la regla se adaptan peor cuando cambian las contingencias.
3. Las reglas pueden alterar la función reforzante de los estímulos, y seguir una regla se refuerza por las contingencias que esta describe, distintas de las directas.
4. Seguir reglas es conducta reforzada: está controlada por las contingencias que describe la regla y, a veces, también por las directas, que se suman para darle más fuerza.

> **Ojo.** La Base del tema F11 (Díaz y Ruiz, cap. 1) solo cita el aprendizaje gobernado por reglas entre los desarrollos del enfoque contextual, sin tratar la insensibilidad a las contingencias. El dato del desarrollo infantil que da el comentario de la pregunta (la insensibilidad aparece progresivamente con la edad) procede de Miltenberger, que no está 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. 4, págs. 70-71. Pérez Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Síntesis. Cap. 6, apdo. 6.1.3 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F11 · Historia y evaluación conductual. Se estudia con Penadés (Ampliación).

167 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F11 · Historia y evaluación conductual

Respuesta correcta: 1

En el análisis funcional aplicado a un trastorno del estado de ánimo, ¿qué diferencia hay entre los estímulos condicionados (EC) y los estímulos discriminativos (Ed) en cuanto a su relación con la respuesta a la que preceden?:

1. El EC elicita la respuesta y el Ed señala la relación de contingencia entre la respuesta y el reforzador. ✓
2. El EC causa respuestas emocionales y el Ed causa respuestas motoras.
3. El EC establece una relación de contingencia con la RC y el Ed establece una relación de contingencia con el estímulo consecuente.
4. El EC genera respuestas automáticas y el Ed genera respuestas voluntarias.

El estímulo condicionado elicita la respuesta y el discriminativo señala la contingencia respuesta-reforzador

En las secuencias respondientes, el estímulo antecedente adquiere por asociación con un estímulo incondicionado la función de **elicitar** una respuesta que ya estaba en el repertorio; Díaz y Ruiz describen así cómo el estímulo neutro se transforma en **estímulo condicionado**. En las secuencias operantes, Penadés explica que la función discriminativa se adquiere cuando la respuesta va seguida de manera regular de unas consecuencias en presencia de un estímulo. El **estímulo discriminativo** no provoca la conducta: controla su probabilidad al **señalar la relación de contingencia** entre la respuesta y el reforzador. Solo en las secuencias operantes hay un estímulo consecuente.

1. Resume las dos funciones tal como las define Penadés.
2. El tipo de respuesta no separa ambos estímulos. En el experimento de Pavlov que narran Díaz y Ruiz, la campana condicionada provocaba tanto salivación como la huida del perro, y Penadés advierte de que ni estímulos ni respuestas tienen un papel fijo por su forma.
3. El estímulo condicionado se relaciona con la respuesta que elicita; la relación con un estímulo consecuente solo existe en las secuencias operantes.
4. El análisis funcional define cada estímulo por su función en la secuencia, y el manual no lo plantea como una diferencia entre respuestas automáticas y voluntarias.

> **Trampa.** Las opciones 2 y 4 clasifican los estímulos por la forma de la respuesta, cuando el análisis funcional los define por su función.

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. 4, págs. 67, 69 y 70. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 1, pág. 39.

EN EL ATLAS

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

168

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

Entre las principales recomendaciones clínicas internacionales ante los trastornos disociativos estaría una planificación en fases del proceso de tratamiento. La tercera fase de integración y rehabilitación:

1. Se centrará en confrontar, trabajar e integrar memorias traumáticas.
2. Se abordará la reintegración de la personalidad. ✓
3. Se centrará en la funcionalidad interpersonal y social junto con la experimentación y verbalización de emociones fuertes.
4. Se centrará en la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal.

La tercera fase del tratamiento de la disociación busca integrar la personalidad

Fonseca describe el tratamiento orientado por fases que se deriva de la teoría de la **disociación estructural** de la personalidad. La fase 1, **estabilización y desarrollo de habilidades**, contiene los recuerdos traumáticos y entrena la regulación emocional y las habilidades de relación. La fase 2 **integra los recuerdos traumáticos** mediante su exposición y procesamiento. La fase 3, **integración de la personalidad y rehabilitación**, tiene como objetivo último integrar la personalidad y lograr una identidad lo más unificada posible, de forma gradual, a medida que la persona acepta aspectos de sí misma antes disociados. Penadés presenta la misma secuencia en el trastorno de identidad disociativo.

1. Confrontar, trabajar e integrar las memorias traumáticas es el foco de la fase 2.
2. Es el objetivo de la fase 3: integrar la personalidad y establecer una identidad lo más unificada posible.
3. La experimentación y verbalización de emociones intensas no figura en la tercera fase que describen Fonseca y Penadés, que incluye la labor de duelo y la normalización de la vida cotidiana.
4. La regulación emocional y las habilidades de relación se entrenan en la fase 1 de estabilización.

Para fijarlo. Primero estabilizar, después procesar el trauma y al final integrar a la persona entera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 14, págs. 441-442. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 361 y 364-365.

EN EL ATLAS: Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 122, PIR 2024 · n.º 210

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En el abordaje terapéutico de la psicosis, ¿cuándo decimos que se produce una adecuada metacomunicación?:

1. Cuando el paciente comunica sus propios procesos de pensamiento, de atención, memoria y, especialmente, sus procesos de lenguaje o habla.
2. Cuando se facilita que el paciente refiera las propias dificultades en la relación terapéutica. ✓
3. Cuando el paciente identifica los estados mentales de las personas conocidas de su entorno.
4. Cuando el paciente identifica los estados mentales de las personas desconocidas de su entorno.

Metacomunicar es conversar con el paciente sobre la propia relación terapéutica

Inchausti, Sánchez-Reales y Prado-Abril presentan la **metacomunicación** como un tipo de autorrevelación especialmente útil con pacientes con psicosis. Consiste en fomentar la habilidad para **conversar abiertamente sobre la relación terapéutica** en sesión y reflexionar juntos sobre lo que sucede en ella (Safran y Muran, 2000). Debe alentarse desde las primeras sesiones y ser el modo de actuación estándar del terapeuta, que invita al paciente a decir cualquier cosa que interfiera en las sesiones. Sirve para detectar y reparar las **rupturas de la alianza**, que así son menos intensas, y para crear un entorno seguro en el que afloren los síntomas.

1. Describir los propios procesos de pensamiento, atención, memoria o lenguaje se aproxima a la reflexión sobre los propios estados mentales, pero el manual reserva la metacomunicación para lo que ocurre en la relación terapéutica.
2. Es la definición del manual: facilitar que el paciente hable de lo que sucede en la relación, incluidas sus dificultades.
3. Identificar los estados mentales de las personas del entorno pertenece al terreno de la mentalización; la metacomunicación se ocupa de la relación con el terapeuta.
4. Tampoco consiste en reconocer los estados mentales de personas desconocidas; la metacomunicación tiene como objeto la relación terapéutica.

Ojo. La Base del tema C18 (Fonseca Adultos, cap. 8) no trata la metacomunicación; en el corpus solo aparece en Fonseca Psicosis, cap. 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4 (Inchausti, Sánchez-Reales y Prado-Abril), apdo. 3.3.4, págs. 154-156.

EN EL ATLAS

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

170

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de estos tipos de tratamiento farmacológico NO está indicado en los trastornos bipolares?:

1 Estabilizadores del humor.

2 Antipsicóticos atípicos.

3 Antiepilépticos.

4 Venlafaxina. ✓

En el trastorno bipolar deben evitarse antidepresivos con alto riesgo de viraje como la venlafaxina

Belloch recoge que el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar incluye las **sales de litio**, los antidepresivos, los **antiepilépticos** y los **antipsicóticos atípicos**. El litio fue el primer estabilizador del ánimo y sigue siendo de primera línea; los antiepilépticos se usan como reguladores del humor, sobre todo el ácido valproico. Los antidepresivos pueden ayudar en la depresión grave, pero también provocar descompensaciones hacia el polo maníaco. Por eso deben evitarse algunos grupos por su **alto riesgo de viraje (p. ej., venlafaxina)**, y el resto se emplea siempre combinado con antipsicóticos o reguladores del humor.

1. Los estabilizadores del humor, con el litio a la cabeza, son la piedra angular del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar.
2. Los antipsicóticos atípicos forman parte del arsenal terapéutico y se combinan con los antidepresivos cuando estos se usan.
3. Los antiepilépticos se usan como reguladores del humor (ácido valproico, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina).
4. Es el ejemplo que da el manual de antidepresivo que debe evitarse por su alto riesgo de viraje.

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. 250-252.

EN EL ATLAS

Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

171

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Respecto de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de la depresión grave, señale la opción correcta:

1. Se implementa en unas 15-25 sesiones. ✓
2. El rango de edad para su aplicación se circunscribe a 15-65 años.
3. Debe comenzarse después del periodo agudo.
4. Debe adoptar un estilo no directivo y de aceptación incondicional.

La terapia cognitiva de Beck para la depresión se completa en unas 15-25 sesiones

Fonseca señala que la terapia cognitiva de Beck combina técnicas conductuales, cognitivas y emotivas, y que **toda la terapia debería llevarse a cabo en unas 15-25 sesiones**. Su eficacia está contrastada por metaanálisis y ensayos frente a la medicación y otras terapias. El capítulo añade que, ante un paciente en la **fase aguda** del problema depresivo, la TC y la activación conductual son elecciones de garantía. También es común a las terapias basadas en la evidencia (TC, AC, TIP y MBCT) que el terapeuta mantenga una **posición directiva**, sobre todo al inicio, con una estructura clara y fases.

1. Es la duración que da el manual para toda la terapia.
2. El capítulo no fija ningún rango de edad para aplicar la terapia cognitiva de Beck.
3. La TC es una elección de garantía en la fase aguda del problema depresivo, sin esperar a que pase.
4. El terapeuta mantiene una posición directiva, sobre todo al inicio de la intervención; la aceptación incondicional no directiva es propia de otros enfoques.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 311 y 319-320.

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

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes técnicas NO forma parte de la terapia de activación conductual para la depresión?:

1 Atención a la experiencia.

2 Extinción de evitaciones.

3 Mejora de rutinas y ritmos sociales. ✓

4 Entrenamiento en habilidades específicas para obtener refuerzos.

La mejora de rutinas y ritmos sociales no es una técnica de la activación conductual

Según Fonseca, la activación conductual se sirve de pocas técnicas. La principal es la **programación de actividades valiosas**, el procedimiento con mayor impacto para romper la situación depresiva. Junto con ella puede recurrirse a otras cuatro intervenciones: la **extinción de evitaciones** (con un enfoque de solución de problemas), el **reforzamiento positivo directo** de conductas antidepresivas, la **atención a la experiencia** (un mindfulness informal) y el **entrenamiento en habilidades específicas** para lograr reforzadores. La mejora de rutinas y ritmos sociales no figura en esa lista.

1 La atención a la experiencia, un mindfulness informal, es una de las cuatro intervenciones complementarias.

2 La extinción de evitaciones, con un enfoque de solución de problemas, también lo es.

3 No aparece entre las técnicas de la activación conductual que enumera el manual.

4 El entrenamiento en habilidades específicas para lograr reforzadores completa las cuatro intervenciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 312-313.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 118

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia que presentan desorganización social, recaídas frecuentes, alto número de ingresos hospitalarios, escasa asistencia a los servicios de salud mental y frecuentes visitas a urgencias, deberían ser tratados preferentemente mediante:

1. Tratamiento asertivo comunitario. ✓
2. Tratamientos integrados multimodales.
3. Entrenamiento asertivo y habilidades sociales.
4. Tratamiento cognitivo-conductual para las recaídas.

El tratamiento asertivo comunitario se reserva para los usuarios más graves y desvinculados de los servicios

Fonseca describe el **tratamiento asertivo comunitario** (TAC) como un modelo de administración de servicios con un equipo multidisciplinar que presta la mayoría de los servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo. Nació para personas con trastorno mental grave con tendencia al **reingreso hospitalario**. Se dirige a un perfil muy definido: los usuarios **especialmente graves y desvinculados de los servicios**, que requieren hospitalizaciones frecuentes y no pueden ser abordados de manera eficaz por las unidades de salud mental comunitarias. Entre sus ingredientes más activos están incluir usuarios con una elevada tasa de reingresos y del espectro esquizofrénico, y las **visitas domiciliarias** regulares.

1. Es el modelo pensado para ese perfil: recaídas, ingresos frecuentes y escasa vinculación con los servicios.
2. Los tratamientos integrados multimodales son paquetes de intervención psicológica con apoyo empírico, pero el manual no los reserva para usuarios desvinculados que acuden a urgencias.
3. El entrenamiento en habilidades sociales es una intervención psicológica concreta, sin el equipo multidisciplinar ni la atención en el medio natural que caracterizan al TAC.
4. La TCC se ofrece en todas las fases del tratamiento, pero el perfil descrito, con desvinculación y reingresos, es el que define al TAC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 256-257 y tabla 8.3.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 135

174

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Qué tratamiento psicológico que se utiliza en la esquizofrenia tiene como uno de sus objetivos fundamentales el trabajo con el sistema de regulación emocional denominado “amenaza y autoprotección”?:

1. Terapia cognitivo conductual para la psicosis.
2. Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis perturbadora.
3. Terapia centrada en la compasión para la psicosis. ✓
4. Terapia cognitiva para la psicosis perturbadora.

El sistema de amenaza y autoprotección es uno de los tres pilares de la terapia centrada en la compasión

Fonseca explica que la **terapia centrada en la compasión para la psicosis** (CFTp) se sostiene en dos pilares. El primero es su modelo de los **tres sistemas básicos de regulación de emociones**: el de **amenaza y autoprotección**, el de búsqueda de incentivos y recursos, y el de confortamiento, satisfacción y seguridad. El segundo es el desarrollo de una **mente compasiva** que active el sistema de confortamiento y desactive el de amenaza. En la psicosis, las voces y las creencias de amenaza se entienden como productos de un sistema de amenaza sobreestimulado con pocos recursos para tranquilizarlo.

1. El manual no describe la TCC para la psicosis a partir de los sistemas de regulación emocional, que son el primer pilar de la CFTp.
2. La ACT para la psicosis se apoya en elementos como la desesperanza creativa, el distanciamiento del lenguaje o los valores (tabla 8.4).
3. Es la terapia cuyo primer pilar es el modelo de los tres sistemas, entre ellos el de amenaza y autoprotección.
4. La terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora no se describe a partir de ese modelo emocional.

Para fijarlo. Amenaza, incentivos y calma: la compasión entrena el tercer sistema para frenar el primero.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 267-268 y tabla 8.4.

EN EL ATLAS

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

175 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de los siguientes procesos se utiliza para conseguir fomentar la llamada “mentalización” en la terapia basada en la mentalización de Bateman y Fonagy (2004) que ha demostrado ser eficaz en los trastornos de personalidad:

1. Reactivación de las relaciones de objeto.
2. Activación de los esquemas de apego. ✓
3. Análisis de los sentimientos de vacío.
4. Aumento de la aceptación y tolerancia al malestar.

La terapia basada en la mentalización fomenta la mentalización activando los esquemas de apego

Fonseca explica que la **terapia basada en la mentalización** (TBM) entiende los trastornos de la personalidad como una alteración de la **mentalización**, la capacidad de dar sentido al comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. Por eso da un papel central a las relaciones interpersonales y a la regulación emocional. Su objetivo es incrementar esa capacidad a través de la **activación de los esquemas de apego**, bien excitándolos o bien desactivándolos (Bateman y Fonagy, 2004). Combina el formato grupal y el individual, con técnicas organizadas en dos grupos: «párate, escucha, mira» y «párate, rebobina y explora».

1. Reactivar las relaciones de objeto en condiciones controladas para observarlas e interpretarlas en la transferencia es el objetivo de la psicoterapia centrada en la transferencia.
2. Es el proceso por el que la TBM busca incrementar la mentalización.
3. El manual no incluye el análisis de los sentimientos de vacío entre los procesos ni las técnicas de la TBM.
4. La tolerancia al malestar es una de las habilidades que entrena el componente grupal de la terapia dialéctica conductual (tabla 19.1).

> **Para fijarlo.** Para mentalizar hay que encender el apego, y la TBM lo hace en sesión, individual y en grupo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 556-557 y 561.

EN EL ATLAS Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 161

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes habilidades NO es uno de los objetivos fundamentales de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) para los trastornos de personalidad límite?:

1 Eficacia interpersonal.
2 Regulación emocional.
3 Resistencia al cambio. ✓
4 Tolerancia al malestar.

La terapia dialéctica conductual entrena conciencia, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar

La **terapia dialéctica conductual** (TDC) se diseñó para el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993) y combina elementos cognitivo-conductuales de segunda generación con otros de las terapias contextuales, como la aceptación o la atención plena. Según la tabla 19.1 de Fonseca, el **componente grupal** busca incrementar las habilidades de conciencia, **eficacia interpersonal**, **regulación emocional** y **tolerancia al malestar**. El **componente individual** modifica las conductas peligrosas para la vida y para la continuidad en el tratamiento, las que afectan a la calidad de vida y las estrategias para incorporar lo aprendido en grupo. La resistencia al cambio no figura entre sus objetivos.

1 La eficacia interpersonal es una de las habilidades que incrementa el componente grupal.
2 La regulación emocional también figura entre esas habilidades, en coherencia con la disregulación emocional que la TDC considera nuclear en el TP límite.
3 No aparece entre los objetivos terapéuticos de la tabla 19.1.
4 La tolerancia al malestar completa las habilidades del componente grupal.

TABLA 19.1. COMPONENTES Y OBJETIVOS DE LA TDC APLICADA AL TP LÍMITE. ADAPTADO DE LINEHAN (1993)

Componente	Objetivo terapéutico	Técnicas habituales
Grupal	Incrementar habilidades de: conciencia; eficacia interpersonal; regulación emocional; tolerancia al malestar.	Mindfulness. Análisis de situaciones. Identificación de emociones. Función de emoción en un contexto. Técnicas cognitivo-conductuales.
Individual	Modificación de: conductas peligrosas para la vida de la persona, así como para su continuidad en el tratamiento; conductas que afecten negativamente a la calidad de vida asociada a la salud y al bienestar; estrategias de afrontamiento para incorporar las habilidades aprendidas en las sesiones grupales.	Análisis funcional de la conducta. Uso de metáforas. Solución de problemas. Manejo de contingencias. Intención paradójica.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 19, tabla 19.1, pág. 556

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 555-556, tabla 19.1.

EN EL ATLAS
Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

177 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de los siguientes tratamientos para el trastorno de ansiedad por enfermedad/hipocondría tiene como meta aprender acerca de la naturaleza, percepción e informe de síntomas físicos y acerca de los factores psicológicos que amplifican el malestar somático:

1. Terapia cognitivo-conductual de Starcevic para la hipocondría.
2. La terapia cognitivo-educativa de Barsky. ✓
3. Tratamiento psicoeducativo de Kellner para la hipocondría.
4. La terapia cognitivo-conductual de Warwick y Salkovskis.

La terapia cognitivo-educativa de Barsky enseña cómo se perciben los síntomas y qué los amplifica

La *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* recoge la **terapia cognitivo-educativa** de Barsky et al. (1988). Su meta es que el paciente aprenda sobre la **naturaleza, la percepción y el informe de los síntomas físicos** y sobre los factores psicológicos que **amplifican el malestar somático**, mejore el afrontamiento y reduzca la limitación funcional más que eliminar los síntomas. Se presenta como un **curso** sobre la percepción de síntomas: diez sesiones semanales en grupos de seis a ocho personas, centradas en la atención, las creencias sobre los síntomas, el contexto y el estado emocional. Fonseca la menciona como base de un taller psicoeducativo para la hipocondría.

1. En la Guía, Starcevic aparece citado en las formulaciones psicodinámicas de la hipocondría, no como autor de un programa cognitivo-conductual.
2. Es la meta que la Guía atribuye a la terapia de Barsky.
3. La terapia explicativa de Kellner ofrece información correctora y explicaciones alternativas y benignas de los síntomas, e incluye el desaprendizaje de la atención corporal.
4. La terapia cognitiva de Warwick y Salkovskis tiene como objetivo principal modificar las interpretaciones erróneas y alarmantes de las sensaciones corporales.

Ojo. Fonseca (Base del tema C17) agrupa la terapia explicativa de Kellner con la psicoeducación, como una de sus variantes, así que la opción 3 se parece a la clave. La formulación del enunciado reproduce la meta que la Guía asigna a Barsky.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 15 (hipocondría), apdos. 3.2.1, 3.5.1 y 3.5.2 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, págs. 462-463.

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).

178 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

¿En qué trastorno de personalidad se utilizan las técnicas de modificación del pensamiento dicotómico, manejo del tiempo y solución de problemas mediante la terapia cognitivo-conductual?:

1 Esquizotípico.

2 Dependiente.

3 Obsesivo-compulsivo. ✓

4 Esquizoide.

Manejo del tiempo, solución de problemas y pensamiento dicotómico se trabajan en el TP obsesivo-compulsivo

Caballo recoge la intervención cognitiva de Beck y Freeman (1990) y Freeman et al. (1990) para el **TP obsesivo-compulsivo**. Pese a su rigidez, estos pacientes suelen carecer de estructura y se ven abrumados ante tareas múltiples por su falta de habilidades para **dar prioridades, manejar el tiempo y solucionar problemas**. Una de las primeras técnicas es la **solución de problemas**, y en las etapas iniciales hay que abordar el **pensamiento dicotómico**, que aumenta el perfeccionismo, la rigidez y el deseo de control. El cuadro 11.9 del manual de Caballo (2004) resume estos procedimientos para el TOCP.

1. El manual no propone este conjunto de técnicas para el TP esquizotípico; las describe para el TOCP.
2. Tampoco las recoge para el TP dependiente como programa de intervención.
3. Es el trastorno para el que se describen el manejo del tiempo, la solución de problemas y la modificación del pensamiento dicotómico.
4. No es el programa que el manual expone para el TP esquizoide.

CUADRO 11.9. RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL TOCP (CABALLO, 2001C)

Procedimientos cognitivo-conductuales
Aumento de la eficacia.
Manejo del tiempo y solución de problemas.
Modificación del pensamiento dicotómico.
Entrenamiento en relajación.
Detención del pensamiento para el control de los pensamientos obsesivos.
Programación de actividades.
Entrenamiento en autoinstrucciones.
Modificación de las suposiciones subyacentes.
Aumento de la empatía.

Fuente: Caballo (coord.) (2004), Manual de trastornos de la personalidad, cap. 11, cuadro 11.9, pág. 245

Ojo. Las opciones 1, 2 y 4 se descartan porque el manual asocia este conjunto de técnicas al TOCP, no porque niegue que puedan usarse en otros trastornos. La Base del tema C19 (Fonseca Adultos, cap. 19, pág. 561) solo menciona para el TOCP con rasgos evitativos la terapia metacognitiva interpersonal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 16, págs. 534-535. Caballo, V. E. (coord.) (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Síntesis. Cap. 11, págs. 244-245, cuadro 11.9.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Caballo 1998 (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

179

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Señale la afirmación FALSA con respecto a la terapia interpersonal para la depresión:

1. Propone 4 áreas de intervención interpersonal: duelo, transiciones de rol, déficits interpersonales y disputas de rol.
2. Cuenta con un nivel de evidencia equivalente al de la terapia cognitivo-comportamental.
3. Propone 4 áreas de intervención: los eventos vitales, los síntomas, la evitación y los problemas interpersonales. ✓
4. Se incluyen técnicas de solución de problemas.

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

Fonseca expone que, según la **terapia interpersonal** (TIP), las vivencias que disparan y mantienen la depresión se organizan en **cuatro áreas problemáticas**: el duelo, las disputas del rol, las transiciones del rol y los déficits interpersonales (aislamiento social y falta de eventos sociales). Sus técnicas se agrupan en psicoeducación, comunicación y **solución de problemas**, toma de perspectiva y habilidades sociales, role-playing o toma de decisiones, entre otras. En la tabla 9.1, la TIP tiene un nivel de evidencia **1+ y grado de recomendación A**, el mismo grado que la terapia cognitivo-conductual de Beck (1++, A). Los eventos vitales, los síntomas y la evitación no son áreas de la TIP.

1. Son las cuatro áreas problemáticas de la TIP.
2. La tabla 9.1 da a la TIP el mismo grado de recomendación A que a la TC de Beck, aunque con nivel 1+ frente a 1++.
3. Es la afirmación falsa: esas no son las áreas de intervención de la TIP.
4. La solución de problemas figura entre las estrategias con que la TIP afronta las áreas problemáticas.

TABLA 9.1. TERAPIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA DEPRESIÓN. RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES SOBRE SU EFICACIA

Terapia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudio(s)	Consideraciones especiales
Terapia cognitivo-conductual Beck (TC)	1++	A	DeRubeis et al., 1999; DeRubeis et al., 2005; Dobson, 1989; Elkin et al., 1985, 1989, 1995; Hollon y Ponniah, 2010; Hollon et al., 2002; Lorenzo-Luaces y Dobson, 2019; Richards et al., 2016; Thase et al., 1991.	Dudas respecto a las técnicas responsables últimas de los resultados.
Activación conductual (AC)	1++	A	Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Cuijpers et al., 2007; Ekers et al., 2014; Mazzucchelli et al., 2009; Rhodes et al., 2014; Richards et al., 2016.	Necesidad de nuevos trabajos desde más grupos independientes.
Terapia interpersonal (TIP)	1+	A	Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2011; Elkin et al., 1989; Klerman et al., 1974; Shea et al., 1992; Weissman et al., 1976; Weismann et al., 1979; Weissman et al., 2014.	Tratamiento de continuidad en ECA antiguos. Necesidad de nuevos metaanálisis y ECA.
Terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT)	1+	A	Barnhofer et al., 2009; Dimidjian et al., 2014; Goldberg et al., 2019; Kingston et al., 2007; Kuiken et al., 2008, 2015; Ma y Teasdale, 2004; Piet y Hougaard, 2011; Segal et al., 2010; Teasdale et al., 2000; van Aalderen et al., 2012.	Evidencias solo para prevención de recaídas depresivas. Necesidad de estudios a más largo plazo y mejor perfilación o unanimidad de los protocolos.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 9, tabla 9.1, pág. 320

Ojo. La opción 2 habla de un nivel de evidencia «equivalente». En la tabla 9.1 la TIP comparte con la TC el grado de recomendación A, pero su nivel de evidencia es 1+ frente al 1++ de la TC. La clave la da por cierta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-316 y tabla 9.1, pág. 320.

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

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

180

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Señale la opción correcta respecto a la intervención digital en psicosis:

1. La terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora (PBCT) es una de las terapias que utiliza las tecnologías de la información y comunicación en su desarrollo.
2. Se ha aplicado en el ámbito de la intervención familiar, con intervenciones psicoeducativas online y foros entre cuidadores con resultados prometedores tanto en viabilidad como en utilidad. ✓
3. Aparece con un grado de recomendación C en la guía NICE.
4. Consiste en procedimientos de monitorización digital de los síntomas con el objetivo principal de informar a los terapeutas del estado del paciente.

Las intervenciones familiares online en psicosis combinan psicoeducación y foro entre cuidadores

Fonseca recoge que las intervenciones para familiares de personas con psicosis se han hecho sobre todo cara a cara, pero merecen atención los **desarrollos online** dirigidos a cuidadores de jóvenes con primeros episodios, cuya **viabilidad y utilidad** se ha demostrado. El formato más habitual combina **psicoeducación online y foro entre cuidadores** (peer to peer), como el programa británico COPe-support. En el apartado de **intervención digital**, el manual aborda la intervención ecológica momentánea, la terapia AVATAR y las páginas web interactivas (HORYZONS), con resultados prometedores pero pendientes de estudios rigurosos que demuestren su eficacia.

1. El manual no presenta la terapia cognitiva basada en la persona entre las intervenciones digitales, que limita a la intervención ecológica momentánea, AVATAR y las páginas web interactivas.
2. Es lo que el manual dice de las intervenciones familiares online.
3. La intervención digital no figura en la tabla 8.10 de niveles de evidencia y grados de recomendación, y el manual pide nuevos estudios para demostrar su eficacia.
4. La monitorización remota es solo una de sus aplicaciones: la intervención ambulatoria combina la monitorización con el automanejo de los síntomas, y las TIC sirven también para prevenir recaídas o promover la recuperación funcional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 276-277, 286-288 y tabla 8.10, pág. 289.

EN EL ATLAS

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

181

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Respecto del tratamiento para la psicosis, señale la opción FALSA:

1. En individuos con estados mentales de alto riesgo, la intervención psicológica integrada y la terapia cognitivo-conductual aparecen como las más eficaces para la prevención de la psicosis.
2. En individuos con estados mentales de alto riesgo no se puede hacer una recomendación sólida respecto a qué intervención específica (p. ej., psicológica, psicofarmacológica, dietética, basadas en las necesidades) es más efectiva para la prevención de la psicosis.
3. Los tratamientos psicológicos con carácter preventivo todavía no aparecen en las principales guías de tratamiento para la psicosis. ✓
4. Los modelos de prevención se pueden aplicar tanto en individuos con estados mentales de alto riesgo como en los primeros episodios psicóticos.

Los tratamientos psicológicos preventivos ya figuran en las principales guías para la psicosis

Fonseca considera uno de los mayores logros del campo la **incorporación de los tratamientos psicológicos con carácter preventivo** en las principales guías. La NICE recomienda ofrecer TCC individual, con o sin intervención familiar, y no ofrecer antipsicóticos a las personas con mayor riesgo. La revisión de Fusar-Poli et al. (2019) concluye que **no puede hacerse una recomendación sólida** sobre qué intervención específica es más efectiva en los estados mentales de alto riesgo (EMAR), aunque la **intervención psicológica integrada** y la TCC podrían ser las más eficaces. Los modelos de prevención se aplican también a los **primeros episodios** psicóticos.

1. El manual concluye que la TCCp y la intervención psicológica integrada parecen ser el gold standard para prevenir la psicosis en individuos con EMAR.
2. Es la primera de las recomendaciones clínicas que se derivan de la revisión de Fusar-Poli et al. (2019).
3. Es la afirmación falsa: su incorporación a las principales guías es uno de los mayores logros del campo.
4. El manual afirma que los modelos de prevención también se pueden aplicar a los primeros episodios psicóticos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 284-286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 157

182

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación a la intervención familiar en la psicosis?:

1. Está fundamentalmente indicada para familias de sujetos con esquizofrenia de larga evolución que presentan una elevada emoción expresada. ✓
2. Es una de las intervenciones psicosociales más ampliamente validada empíricamente en los trastornos psicóticos.
3. Las intervenciones familiares son consideras como un indicador de calidad asistencial en la guía NICE.
4. Puede ser de administración individual (unifamiliar), grupal (multifamiliar) o combinada.

La intervención familiar en la psicosis se centra hoy en las fases tempranas del trastorno

Los primeros programas de intervención familiar se diseñaron para la fase posterior a la hospitalización de personas con esquizofrenia y partían del concepto de **emoción expresada**. Según Fonseca Psicosis, en la actualidad se han ido centrando en las **fases iniciales o tempranas**, como los primeros episodios psicóticos. Fonseca Adultos añade que la APA (2019) destaca su implementación en las fases tempranas y que la NICE (2014) las considera un **indicador de calidad**. Pueden ser uni o multifamiliares, y junto con la TCC son de las **intervenciones psicosociales más estudiadas** y validadas empíricamente en la psicosis.

1. Es la afirmación falsa: la orientación a familias con elevada emoción expresada corresponde a los modelos iniciales, y hoy los programas se centran en las fases tempranas.
2. Fonseca Psicosis la sitúa, junto con la TCC, entre las intervenciones psicosociales más estudiadas y validadas empíricamente.
3. Las intervenciones con los familiares de adultos con psicosis son un indicador de calidad en la guía NICE (2014).
4. Los programas pueden ser uni o multifamiliares, y lo habitual es combinar ambos formatos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 275-277. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 7, págs. 237-238 y 247.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 162

183 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 3

La ausencia de protodeclarativos (señalar con el dedo para compartir un interés) con 18 meses es una señal de alerta de:

1. Trastorno del lenguaje.
2. No es un indicador de patología porque no aparecen hasta los dos años.
3. Trastorno del espectro autista. ✓
4. Discapacidad intelectual.

No señalar para compartir interés a los 18 meses es una señal de alerta de TEA

Belloch señala que, en menores de tres años, las conductas más significativas del TEA son las comunicativas y sociales, con ausencia o escasez de **actos de atención conjunta**. La tabla 15.2 incluye no hacer gestos sociales ni responder a ellos (**señalar, mostrar**, decir adiós) a partir de los 12 meses. Izquierdo añade que, a partir del año, destaca la ausencia de atención conjunta (**gestos protodeclarativos** y seguimiento de la mirada), que normalmente aparece **entre los nueve y catorce meses**. Vallejo y Rodríguez recogen que fallar a los 18 meses los ítems del **CHAT** sobre gestos protodeclarativos, seguimiento de la mirada y juego de ficción indica un riesgo alto de autismo.

1. En los trastornos de la comunicación, Izquierdo describe que el niño mantiene la reciprocidad social y trata de compensar con medios no verbales; la falta de gestos para compartir apunta al TEA.
2. Los gestos protodeclarativos aparecen normalmente entre los nueve y catorce meses, así que su ausencia a los 18 meses sí es un indicador.
3. Es una señal de alerta del TEA según los tres manuales.
4. Para diagnosticar a la vez TEA y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo esperado para el nivel general de desarrollo; la ausencia de atención conjunta es el signo que los manuales asocian al TEA.

TABLA 15.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS TEMPRANOS DEL TEA

Signos y síntomas tempranos del TEA
No expresa sonrisa u otras expresiones placenteras a partir de los seis meses.
Tiene dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección en la que mira otra persona.
No mira hacia donde otra persona le señala.
Ausencia de gestos comunicativos.
No responde a sonidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los nueve meses.
No responde al ser llamado por su nombre.
Falta de sonrisa social.
No balbucea a los 12 meses.
No hace gestos sociales ni responde a ellos (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.
No dice palabras sencillas a partir de los 16 meses.
No hace frases espontaneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 15, tabla 15.2, pág. 468

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 468 y tabla 15.2. 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. 208. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, pág. 684.

EN EL ATLAS

Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Izquierdo (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 32

184

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes tratamientos o programas para el tratamiento psicológico en población infantojuvenil NO sigue un enfoque de tratamiento transdiagnóstico?:

1. Super Skills for Life (SSL).
2. Protocolo unificado para adolescentes (UP-A).
3. The Incredible Years (IY). ✓
4. Terapia multisistémica (MST).

Los años increíbles no figura entre las intervenciones transdiagnósticas infantojuveniles

Fonseca I/A distingue entre las intervenciones transdiagnósticas **universales**, en las que todos reciben los mismos elementos terapéuticos, y las **modulares**. La tabla 2.2 recoge como universales el UP-A, el UP-C, la IBBT, EMOCIÓN, el Coping Power Program, la IPT, **Super Skills for Life** y la **terapia multisistémica**, que ofrece programas de intervención conjunta para trastornos depresivos, ansiosos, bipolares y del pensamiento. **Los años increíbles** aparecen en otro capítulo como programa conductual que potencia las habilidades de padres y profesores para manejar el comportamiento y las competencias de los niños con problemas de conducta.

1. Super Skills for Life es una intervención transdiagnóstica preventiva de tipo cognitivo-conductual, pensada para el contexto escolar.
2. El UP-A es la adaptación para adolescentes del protocolo unificado de Barlow, la primera de las intervenciones universales.
3. No aparece entre los enfoques transdiagnósticos; el manual lo presenta como programa para los problemas de conducta.
4. La terapia multisistémica figura en la tabla 2.2 entre las intervenciones universales.

TABLA 2.2. ENFOQUES Y ALTERNATIVAS TRANSDIAGNÓSTICAS

Enfoques	Tipos	Ejemplos	Diagnósticos
	Modulares	MATCH	Ansiedad, depresión, trauma, trastornos de conducta.
	Modulares	BIACA	Ansiedad en niños con autismo.
	Universales	UP-A (protocolo unificado para adolescentes)	Ansiedad y depresión.
	Universales	UP-C: detectives de emociones (para niños)	Ansiedad y depresión.
	Universales	Terapia conductual integrada breve (IBBT)	Ansiedad, depresión, quejas somáticas.
	Universales	EMOCIÓN	Programa preventivo de ansiedad y depresión.
	Universales	COPING POWER PROGRAM	Programa preventivo de ansiedad y depresión.
	Universales	IPT (terapia interpersonal con niños y adolescentes)	Ansiedad y depresión.
	Universales	SUPER SKILLS FOR LIFE	Programa preventivo de ansiedad y depresión.
	Universales	MST (terapia multisistémica)	Abuso de sustancias, conducta antisocial.
Alternativas transdiagnósticas		Exposición crónica al estrés. Sesgos cognitivos. Desregulación emocional. Rumia. Intolerancia a la incertidumbre. Relación problemática con los iguales. Parentalidad consciente. Afectividad (negativa y positiva). Irritabilidad. Soledad. ...	

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 2, tabla 2.2, pág. 91

Ojo. La Base del tema C3 (Fonseca Adultos, caps. 4 y 6) trata población adulta y no recoge estos programas; los describe Fonseca I/A en los caps. 2, 3 y 11. En la tabla 2.2 la celda de enfoque de los bloques modular y universal está vacía en el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 2, págs. 89-91 y tabla 2.2; cap. 3, pág. 124; cap. 11, pág. 323.

EN EL ATLAS

Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Fonseca I/A no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación). Fonseca I/A es Base del tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 168

185

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Para qué trastorno está recomendado el programa multicomponente de escenificaciones emotivas?:

1 Trastorno de pánico.

2 Ansiedad social.

3 Trastorno obsesivo-compulsivo.

4 Fobias específicas. ✓

Las escenificaciones emotivas de Méndez son un programa para las fobias específicas infantiles

Vallejo y Rodríguez presentan las **escenificaciones emotivas** (Méndez, 1986) dentro del tratamiento de los **miedos y fobias** infantiles, como uno de los dos programas para el miedo a la oscuridad. Es un programa **flexible** que parte de un formato básico de **juego** y añade elementos según el caso. Si el niño no se aproxima, el terapeuta le ayuda con inducción verbal, **modelado** o guía física, y lo refuerza cuando se acerca al estímulo fóbico. Sus fases incluyen una jerarquía para cada fobia, la elección de personajes valerosos y un sistema de **reforzamiento** con economía de fichas. Caballo y Simón lo describen como programa estructurado de tratamiento de las fobias.

1 Los manuales no presentan las escenificaciones emotivas como tratamiento del trastorno de pánico.

2 Tampoco las proponen para la ansiedad social; se describen dentro del tratamiento de los miedos y fobias.

3 No figuran entre los tratamientos del TOC infantil.

4 Es el trastorno para el que se describen, con el miedo a la oscuridad como ejemplo principal.

Ojo. Ni la Base del tema C10 (Fonseca Adultos, cap. 11) ni su Ampliación infantojuvenil (Fonseca I/A, cap. 15) mencionan las escenificaciones emotivas; las describen Vallejo y Rodríguez y Caballo y Simón.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, págs. 140-142 y tabla 10. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, pág. 82.

EN EL ATLAS

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

186

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 2

En relación al protocolo unificado (PU) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow y colaboradores (2018), señale la opción FALSA:

1. Uno de los objetivos es prevenir la evitación emocional.
2. No ha sido adaptado a población infantil pero sí a adolescentes. ✓
3. Intenta aumentar la conciencia sobre las emociones.
4. Se utiliza tanto para intervenir en el ámbito de los trastornos emocionales como a nivel preventivo.

El protocolo unificado se ha adaptado tanto a niños como a adolescentes

Fonseca I/A presenta el **protocolo unificado** (UP) como el modelo de tratamiento transdiagnóstico más difundido. Ha sido adaptado para **niños (UP-C)** y **adolescentes (UP-A)** mediante dos protocolos diferenciados. Sus objetivos son aumentar la conciencia sobre las emociones en el momento presente, aumentar la flexibilidad cognitiva, **identificar y prevenir la evitación emocional**, promover la aceptación de las sensaciones corporales vinculadas a emociones y promover la exposición a desencadenantes situacionales e interoceptivos. Se ha usado tanto en trastornos emocionales de rango clínico como con **fines preventivos**; en España se adaptó como intervención preventiva de nueve sesiones.

1. Identificar y prevenir la evitación emocional es uno de sus objetivos principales.
2. Es la afirmación falsa: el UP cuenta con un protocolo para niños (UP-C) además del de adolescentes (UP-A).
3. Aumentar la conciencia sobre las emociones en el momento presente es su primer objetivo.
4. Se ha utilizado en trastornos emocionales de rango clínico y con fines preventivos, y Fonseca Adultos también recoge sus adaptaciones preventivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 3, pág. 121. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, pág. 214.

EN EL ATLAS

Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Fonseca I/A (Ampliación).

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 4

Con respecto a la terapia de interacción padres-hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT), señale la opción FALSA:

1. Es un tratamiento basado en la evidencia para menores de edad con problemas de comportamiento disruptivo.
2. Se considera un tratamiento basado en la terapia de conducta.
3. Incluye estrategias de atención contingente positiva y estrategias de disciplina efectivas.
4. Es un tratamiento basado en la evidencia para menores de edad con trastornos de la conducta alimentaria. ✓

La PCIT es un programa conductual para padres de niños con problemas de comportamiento

Fonseca I/A explica que la aproximación **conductual** es la predominante en el tratamiento de los trastornos disruptivos y que se centra sobre todo en el entrenamiento a padres. Entre los programas más efectivos y con más soporte empírico está la **terapia de interacción padres-hijos** (PCIT). Se dirige a niños de 2 a 7 años con **problemas de comportamiento severos** y se desarrolló de la mano de Sheila Eyberg. Trabaja en dos fases: la **atención contingente positiva**, que fortalece la relación mediante el juego, y las **estrategias de disciplina efectivas**. Se ha adaptado a niños mayores y a niños con discapacidad intelectual o TEA.

1. El manual la sitúa entre los programas para padres más efectivos y con más soporte empírico en los problemas de conducta.
2. Se encuadra en los tratamientos conductuales de los trastornos disruptivos.
3. Sus dos fases son la atención contingente positiva y las estrategias de disciplina efectivas.
4. Es la afirmación falsa: el manual la presenta para problemas de comportamiento, no para los trastornos de la conducta alimentaria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, págs. 318-319.

EN EL ATLAS: Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 185

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tratamientos NO forma parte de los tratamientos bien establecidos o probablemente eficaces para los trastornos de la conducta alimentaria?:

1 Terapia cognitivo-conductual individual.
2 Terapia de aceptación y compromiso. ✓
3 Terapia familiar-conductual.
4 Terapia familiar sistémica.

La terapia de aceptación y compromiso tiene la evidencia más baja en los TCA de niños y adolescentes

Fonseca I/A recoge que, en las últimas guías y para la **División 53** de la APA, se recomienda para las jóvenes con anorexia y bulimia la **terapia basada en la familia** (FBT), que integra técnicas de las escuelas sistémicas. La TCC se recomienda cuando la terapia familiar se rechaza, está contraindicada o no es efectiva. En la tabla 13.4, la **ACT** tiene un nivel de evidencia 2- y un **grado de recomendación D** en la anorexia y en la bulimia. Vallejo y Rodríguez añaden que la **terapia conductual familiar** es el único tratamiento eficaz en la anorexia nerviosa, y la terapia sistémica, un tratamiento probablemente eficaz.

1 La TCC se recomienda cuando la terapia familiar no es aceptada, está contraindicada o no es efectiva, con grado B en la anorexia y la bulimia (tabla 13.4).
2 Es la que no está entre los tratamientos bien establecidos o probablemente eficaces: nivel 2- y grado D.
3 La terapia conductual familiar es, según Vallejo y Rodríguez, el único tratamiento eficaz en la anorexia nerviosa.
4 La terapia sistémica es un tratamiento probablemente eficaz, y la FBT integra técnicas de las escuelas sistémicas.

Ojo. En el resumen de Vallejo y Rodríguez (cap. 1, pág. 66), para la anorexia nerviosa la TCC figura entre los tratamientos experimentales. Con esa clasificación, la opción 1 tampoco sería bien establecida ni probablemente eficaz en la anorexia; la tabla 13.4 de Fonseca le da grado B en anorexia y bulimia. La Base del tema C4 (Fonseca Adultos, cap. 16, pág. 489) recomienda para niños y adolescentes la terapia familiar al estilo Maudsley, con alto nivel de respaldo empírico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, págs. 380 y 392, tabla 13.4. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 1, pág. 66. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 489.

EN EL ATLAS
Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Fonseca I/A (Ampliación).

189

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 2

¿Qué tratamiento se considera bien establecido para la enuresis nocturna?:

1 El entrenamiento en retención.

2 El método de alarma. ✓

3 El entrenamiento en cama seca.

4 La imipramina.

El método de alarma es el tratamiento de elección para la enuresis nocturna

Fonseca I/A concluye que el tratamiento de elección para la enuresis nocturna y mixta es el **método de alarma** en monoterapia, con sobreaprendizaje (**nivel A**). El **entrenamiento en cama seca** es una alternativa con evidencia suficiente, aunque con más apoyo cuando incluye la alarma (nivel B). El **entrenamiento en retención** busca aumentar la capacidad funcional de la vejiga, pero su eficacia es limitada y su tasa de éxito (19 %) se acerca a la remisión espontánea. La **imipramina** se reserva como última elección. Vallejo y Rodríguez ordenan igual los tratamientos conductuales: alarma (grado A), cama seca (grado B) y entrenamiento de amplio espectro (grado C).

1 El entrenamiento en retención tiene una eficacia limitada y un éxito próximo a la remisión espontánea.

2 Es el tratamiento de elección, con nivel A.

3 La cama seca es una alternativa al método de alarma, con nivel o grado B.

4 La imipramina se reserva como última elección tras el fracaso de los demás tratamientos.

Ojo. Vallejo y Rodríguez (cap. 10, pág. 455) dicen de la cama seca que «se considera un procedimiento bien establecido», con grado de recomendación B. Con esa formulación la opción 3 también podría defenderse; la clave se apoya en que la alarma es el tratamiento de primera elección, con nivel o grado A en ambos manuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 364-366. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, págs. 446-447 y 455.

EN EL ATLAS

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

190

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 2

El trauma en la infancia puede manifestarse de manera muy distinta en función de la edad o del sexo. ¿Para cuál de las siguientes afirmaciones existe evidencia?:

1. En general, los niños tienen más facilidad para expresar sus emociones que las niñas, predominando en los niños los síntomas ansiosos, mientras que en las niñas son más frecuentes las reacciones depresivas.
2. Tanto en los niños como en las niñas puede surgir la inadaptación escolar y las dificultades de socialización, tendiendo, más a menudo que los adultos, a culparse a sí mismos directa o indirectamente del suceso traumático. ✓
3. En las niñas son más frecuentes los trastornos de conducta, y en los niños los trastornos depresivos, las conductas temerarias y la irritabilidad.
4. Los niños más mayores y prepúberes suelen expresar los síntomas de reexperimentación del suceso traumático directa o simbólicamente mediante juegos relacionados con el trauma de naturaleza repetitiva, ansiosa y rígida.

Tras un trauma, niños y niñas pueden sufrir inadaptación escolar y tienden a culparse más que los adultos

Belloch recoge que el trauma puede manifestarse de forma distinta según el sexo. Los niños tienen **más dificultades para expresar sus emociones** que las niñas; en ellas predominan los síntomas **ansiosos y depresivos**, y en ellos los **trastornos de conducta**, las conductas temerarias y la irritabilidad. En uno y otro sexo pueden surgir la **inadaptación escolar** y las dificultades de socialización, y los menores tienden, más a menudo que los adultos, a **culparse a sí mismos** del suceso. Los **niños más pequeños** pueden expresar la reexperimentación mediante juegos o escenificaciones del trauma de naturaleza ansiosa, repetitiva y rígida.

1. Invierte el dato: son los niños quienes tienen más dificultades para expresar sus emociones, y en las niñas predominan los síntomas ansiosos y depresivos.
2. Reúne dos datos del manual: la inadaptación escolar y las dificultades de socialización en ambos sexos, y la mayor tendencia de los menores a culparse.
3. También invierte los sexos: los trastornos de conducta, las conductas temerarias y la irritabilidad son más frecuentes en los niños.
4. El manual atribuye los juegos repetitivos relacionados con el trauma a los niños más pequeños, no a los mayores y prepúberes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 117.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 197

191

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes razones justifican las dificultades en la identificación del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la infancia?:

1. La forma infantil del TAG suele identificarse como temperamento ansioso o como un perfil de madurez precoz, siendo considerados niños excesivamente escrupulosos, responsables y perfeccionistas, algo que puede enmascarar el trastorno por tratarse de cualidades que agradan a los adultos. ✓
2. Para el diagnóstico del TAG, según criterios del DSM-5, sólo se requieren dos de los seis síntomas posibles, y ello hace que haya un sobrediagnóstico del trastorno.
3. La preocupación ansiosa, aspecto nuclear del TAG, es un proceso cognitivo que se desarrolla siempre antes de los 8 años, y por ello, el niño no puede expresarla con claridad.
4. En los niños con TAG las inquietudes y preocupaciones a menudo se refieren al pasado, a su salud y al bienestar de su familia, incrementándose el miedo a separarse de sus figuras de apego.

La ansiedad generalizada infantil puede pasar por temperamento ansioso o por rasgos que agradan a los adultos

El DSM-5 dice que la preocupación y la ansiedad excesivas pueden aparecer pronto, pero entonces se manifiestan como un **temperamento ansioso**, y que el inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Describe a los niños con el trastorno como **demasiado formales, perfeccionistas e inseguros**, propensos a repetir las tareas y a buscar aprobación. Caballo y Simón recogen que se les describe como «perfeccionistas», «ávidos por complacer a otros» y «**excesivamente maduros**». Son rasgos bien vistos por los adultos, y la opción 1 deduce de ellos que el trastorno puede pasar inadvertido.

1. Recoge el temperamento ansioso y el perfil perfeccionista y excesivamente maduro que describen los manuales.
2. En los niños el DSM-5 exige un solo síntoma del criterio C, y relaciona el posible sobrediagnóstico con preocupaciones que se explican mejor por otros trastornos.
3. El manual dice que el inicio rara vez ocurre antes de la adolescencia, así que la preocupación patológica no se desarrolla siempre antes de los 8 años.
4. Los niños se preocupan sobre todo por la calidad de su rendimiento y su competencia en la escuela o en el deporte; el DSM-5 atribuye a las personas mayores la preocupación por el bienestar de la familia o por la propia salud.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-224. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 3, pág. 95.

EN EL ATLAS

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

192

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 2

En lo que respecta al diagnóstico diferencial del trastorno del espectro autista (TEA) con otros trastornos, es cierto que:

1. La presencia de patrones conductuales restrictivos y repetitivos está presente en el comportamiento de las personas con TEA y de las personas con trastorno de la comunicación social (pragmática).
2. Las rabietas en personas con TEA y en personas con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) difieren en el estímulo antecedente, estando más asociadas a cambios inesperados en el caso de TEA y a la impulsividad y bajo control en el caso del TDAH. ✓
3. El mutismo en personas con TEA y en personas con mutismo selectivo está ocasionado por diferentes estímulos antecedentes, estando asociado a la evitación de situaciones de ansiedad en el caso del TEA y a la evitación social en el caso del mutismo selectivo.
4. Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las personas con TEA realizan rituales asociados a conductas evitativas que suelen ir acompañados de una sensación de agrado.

Las rabietas del TEA surgen ante cambios inesperados y las del TDAH, por impulsividad

Belloch dedica un apartado al **diagnóstico diferencial** del TEA. Con el TDAH, ambos trastornos tienen dificultades para controlar la conducta, pero en el TDAH los enfados y las **rabietas** van asociados a la **impulsividad y el bajo autocontrol**, mientras que en el TEA surgen por la **intolerancia a los cambios no esperados**. En el trastorno de la comunicación social hay déficits sociales sin los patrones restrictivos y repetitivos del TEA. En el TEA el **mutismo** suele deberse a la evitación social, y en el mutismo selectivo, a la evitación de la ansiedad. Los **rituales** del TOC se viven con desagrado, y los del TEA, con agrado.

1. Los patrones restrictivos y repetitivos distinguen el TEA del trastorno de la comunicación social (pragmático), que no los presenta.
2. Es la diferencia que recoge el manual entre las rabietas del TEA y las del TDAH.
3. Invierte los antecedentes: en el TEA el mutismo suele ser consecuencia de la evitación social, y en el mutismo selectivo es una respuesta de evitación ante la ansiedad.
4. Los rituales del TOC se asocian a evitación y preocupación, incluso con desagrado; los del TEA se viven con agrado y resultan reconfortantes.

Trampa. Las opciones 3 y 4 mezclan los rasgos de los dos trastornos que se comparan: hay que fijarse en cuál corresponde al TEA.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 474-476.

EN EL ATLAS

Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

193

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 1

Uno de los tratamientos psicológicos para intervenir en las secuelas del abuso sexual infantil es la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma. ¿Cuál de las siguientes NO sería una fase de esta terapia?:

1. Debriefing. ✓
2. Estabilización y desarrollo de habilidades.
3. Reelaboración del trauma.
4. Consolidación y cierre.

El debriefing no forma parte de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

Vallejo y Rodríguez describen la **TCC centrada en el trauma** (TCC-CT) como una terapia de 8 a 16 sesiones, de carácter secuencial, estructurada en **tres fases**: la primera se dirige a la **estabilización** de las reacciones emocionales y las cogniciones negativas; la segunda, a la **exposición a la narrativa del trauma** para favorecer su reprocesamiento cognitivo; y la tercera recoge la exposición en vivo a los estímulos evitados y la **consolidación** de los cambios. Sus componentes se resumen en el acrónimo PRACTICA. El **debriefing**, una sesión única y breve centrada en el trauma, no figura en ella, y según la NICE no debe ser práctica rutinaria por su falta de eficacia.

1. No es una fase de la TCC-CT; además, la NICE desaconseja el debriefing como práctica rutinaria.
2. La estabilización de las reacciones emocionales y las cogniciones negativas ocupa la primera fase.
3. La segunda fase trabaja la narrativa del trauma para favorecer su reprocesamiento cognitivo.
4. La tercera fase incluye la consolidación de los cambios alcanzados, antes de terminar la terapia.

Ojo. Los nombres de las opciones 2-4 no coinciden exactamente con los de los manuales del corpus, que hablan de estabilización, exposición a la narrativa del trauma y consolidación de los cambios. Fonseca I/A (cap. 18, tabla 18.1) recoge un programa de doce sesiones de TCC centrada en el trauma con psicoeducación, relajación, narración del trauma y exposición, sin debriefing.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, pág. 366. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, págs. 555-556, tabla 18.1. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 423.

EN EL ATLAS

Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

194

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación al tratamiento psicológico mejor establecido para las conductas autolíticas y la ideación suicida en adolescentes en la terapia dialéctico-conductual para adolescentes?:

1. Pretende reducir las conductas autolíticas a través de la adquisición de nuevas habilidades de regulación emocional, tolerancia a la frustración y la construcción de una vida que merezca la pena ser vivida.
2. Incluye apoyo telefónico.
3. Se realizan sesiones semanales de terapia individual con el adolescente, con familiares y grupales.
4. Trabaja la reestructuración de los pensamientos negativos asociados a las autolesiones. ✓

La DBT-A combina terapia individual, familiar y grupal semanal con apoyo telefónico

Fonseca I/A presenta la **terapia dialéctico-conductual para adolescentes** (DBT-A) como adaptación al tratamiento de la conducta suicida de la terapia creada por Linehan para el TP límite (Miller, Rathus y Linehan, 2007). Entre sus objetivos está reducir las conductas autolíticas y las tentativas de suicidio mediante nuevas habilidades de **regulación emocional**, **tolerancia a la frustración** y la construcción de una vida que merezca la pena ser vivida. Incluye sesiones semanales de **terapia individual**, familiares y grupales, **apoyo telefónico** en caso necesario y supervisión del equipo. Varias revisiones le otorgan el máximo nivel de evidencia y grado de recomendación.

1. Recoge los objetivos principales de la DBT-A.
2. El apoyo telefónico en caso necesario forma parte del programa.
3. Incluye sesiones semanales de terapia individual con el adolescente, sesiones familiares y grupales.
4. Es la afirmación falsa: la reestructuración de los pensamientos asociados a las autolesiones no figura en la descripción de la DBT-A, que se apoya en habilidades de regulación emocional y tolerancia a la frustración.

> **Ojo.** La Base del tema C20 (Fonseca Adultos, cap. 22) no trata la DBT-A; la describe la Ampliación, Fonseca I/A, cap. 19.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, pág. 588.

EN EL ATLAS

Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 191, PIR 2024 · n.º 181, PIR 2024 · n.º 182

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una fase de la Imagery Rehearsal Therapy (IRT) (terapia de ensayo o repaso en imaginación) para las pesadillas?:

1. El niño o niña completa el diario de intervención.
2. Con los ojos cerrados y relajado, ensaya y visualiza mentalmente una versión modificada de la pesadilla.
3. El niño o niña recuerda la pesadilla de la noche anterior y modifica su contenido del modo que desee.
4. Se trabajan, en imaginación, sesgos cognitivos y significados biográficos acerca del contenido de las pesadillas. ✓

La terapia de ensayo en imaginación cambia el guion de la pesadilla y lo ensaya, sin trabajar sesgos ni biografía

Fonseca I/A describe la **Imagery Rehearsal Therapy** (IRT) como una técnica en la que el niño modifica durante la vigilia la trama de la pesadilla y propone un **nuevo guion** con un contenido más agradable. Al ensayarlo, el nuevo sueño se vuelve cognitivamente más dominante y las pesadillas disminuyen. Sus fases (St-Onge et al., 2009) son tres: **recordar y modificar** la pesadilla de la noche anterior, **ensayar mentalmente** la versión modificada durante 10 minutos, acostado, con los ojos cerrados y relajado, y completar el **diario de intervención**. Los sesgos cognitivos sobre las pesadillas aparecen en la psicoeducación de otro programa (tabla 14.11), no como fase de la IRT.

1. Completar el diario de intervención es la fase 3.
2. Ensayar mentalmente la versión modificada, con los ojos cerrados y relajado, es la fase 2.
3. Recordar la pesadilla de la noche anterior y modificar su contenido es la fase 1.
4. No es una fase de la IRT: la técnica no trabaja sesgos cognitivos ni significados biográficos del contenido de las pesadillas.

TABLA 14.10. APLICACIÓN DE LA IMAGERY REHEARSAL THERAPY (IRT)

Fase	
Fase 1	El niño recuerda la pesadilla de la noche anterior para modificar su contenido de la manera que desee, con el propósito de que deje de ser una pesadilla a partir de ese momento. Esta elección debe ser personalizada; si no funciona, el niño puede cambiarla como considere.
Fase 2	Acostado en la cama con los ojos cerrados y en un estado de relajación, el niño debe ensayar mentalmente (incluso verbalmente) la versión modificada (nuevo sueño) durante 10 minutos, asegurándose de que puede visualizar correctamente tales imágenes.
Fase 3	El niño debe completar el diario de intervención para recabar información sobre el tiempo de ensayo de la versión modificada y cómo se siente tras realizar el ejercicio (escala de 1 a 5 puntos).

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 14, tabla 14.10, pág. 418 (adaptado de St-Onge et al., 2009)

Ojo. La Base del tema C6 (Vallejo Adultos 2012, vol. II, cap. 8, págs. 580-581) considera la IRT un tratamiento bien establecido en adultos y describe tres pasos equivalentes: seleccionar y escribir la pesadilla, elaborar una nueva versión y repasarla mentalmente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 14, pág. 418, tablas 14.10 y 14.11. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 8 (Comeche Moreno), págs. 580-581.

EN EL ATLAS Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 100

196 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 2

Respecto del estrés postraumático en niños menores de seis años, señale la opción correcta:

1 No puede diagnosticarse trastorno de estrés postraumático (TEP) a esa edad.

2 Los recuerdos intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y manifestarse a través del juego. ✓

3 Se incluyen como eventos potencialmente traumáticos las escenas violentas que solamente se han visto en la televisión o en fotografías.

4 Cuando lo que predomina es la irritabilidad y los arrebatos de furia ha de diagnosticarse trastorno negativista desafiante.

En los menores de 6 años los recuerdos intrusivos pueden no ser angustiosos y expresarse en el juego

El DSM-5 tiene criterios propios para el **TEPT en niños menores de 6 años**. En el criterio B1, una nota advierte que los **recuerdos espontáneos e intrusivos** pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como **recreación en el juego**. Es lo que dice la opción 2. Los mismos criterios exigen la exposición a un suceso grave de forma directa, como testigo o al saber que le ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores, y recogen la irritabilidad y los arrebatos de furia, con **pataletas extremas**, como síntoma de alerta.

1 El DSM-5 tiene criterios específicos para los menores de 6 años, así que el diagnóstico es posible. El manual añade que el TEPT puede ocurrir a partir del primer año de vida.

2 Es la nota del criterio B1.

3 Una nota del criterio A del DSM-5 excluye los sucesos vistos solo en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

4 La irritabilidad y los arrebatos de furia, incluidas las pataletas extremas, son el criterio D1 del propio TEPT infantil.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 272-273 y 276.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 28, PIR 2023 · n.º 184, PIR 2024 · n.º 197

197

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

El programa Coping Cat es un tratamiento:

1. Altamente estructurado para la ansiedad infantil. ✓
2. Dirigido a niños preescolares con ansiedad por separación.
3. Indicado para la depresión en adolescentes.
4. Multicomponente para la ansiedad social.

El Coping Cat es un programa cognitivo-conductual manualizado y bien establecido para la ansiedad infantil

Fonseca I/A explica que el **Coping Cat** fue creado por Kendall a comienzos de los noventa. Se concibió como una intervención individual de **16 sesiones** para el TAG, el trastorno de ansiedad por separación y la ansiedad social, en edades de **7 a 13 años**. Se basa en la TCC, está **manualizado** y los menores tienen un cuaderno con actividades para cada sesión y para practicar en casa. Tiene dos secciones: **psicoeducación** (sesiones 1-8) y exposición (sesiones 9-16). Según el metaanálisis de Lenz (2015), puede clasificarse como tratamiento **bien establecido** para reducir la sintomatología ansiosa en la infancia y la adolescencia.

1. Es un programa estructurado, manualizado y con cuaderno de actividades para la ansiedad infantil.
2. Se dirige a niños de 7 a 13 años con TAG, ansiedad por separación o ansiedad social, no a preescolares.
3. Es un tratamiento para los trastornos de ansiedad, no para la depresión adolescente.
4. Se concibió para varios trastornos de ansiedad (TAG, ansiedad por separación y ansiedad social), no específicamente para la ansiedad social.

Ojo. La Base del tema C10 (Fonseca Adultos, cap. 11) trata población adulta; el Coping Cat lo describe la Ampliación, Fonseca I/A, cap. 15.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 443-444 y 479.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

198 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 4

En relación al concepto de setpoint, de Keesey (1980), señale la opción FALSA:

1 El cuerpo tiende a regularse para dificultar una bajada excesiva de peso.

2 El cuerpo tiende a regularse para obstaculizar un aumento rápido y extremo de peso.

3 Permite comprender en cierta medida el efecto suelo y el efecto techo de la alimentación.

4 El setpoint es inamovible. ✓

El setpoint regula el peso contra los cambios extremos, pero puede desplazarse

Amigo explica que, igual que la restricción calórica deja de servir a partir de un punto, la sobrealimentación continua deja de servir para ganar peso. El cuerpo tiende a regularse para **dificultar una bajada excesiva** de peso y **obstaculizar un aumento rápido y extremo**. Sobre esa base se formula el concepto de **setpoint** (Keesey, 1980), que permite comprender el **efecto suelo** y el **efecto techo** de la infra y la sobrealimentación: con una dieta severa el metabolismo se desacelera, y con un exceso de calorías se acelera. Pero el setpoint **no es inamovible**: con un balance energético positivo continuado se desplaza hacia un peso mayor, y tras perder peso puede situarse más abajo, aunque su consolidación lleva años.

1 Es una de las dos tendencias en las que se basa el concepto: dificultar una bajada excesiva de peso.

2 Es la otra: obstaculizar un aumento rápido y extremo de peso.

3 El manual dice que el setpoint permite comprender, en cierta medida, el efecto suelo y el efecto techo.

4 Es la afirmación falsa: el setpoint no es inamovible y puede desplazarse hacia arriba o hacia abajo.

Ojo. Amigo (4.ª ed.) no conserva en el PDF la paginación impresa; se cita por apartados. El texto se ha leído sobre la imagen.

Para fijarlo. El setpoint es un termostato que se resiste a los cambios bruscos, pero que con tiempo se reajusta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 2.2-2.3.

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

199

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 4

En relación a la teoría del dolor de Melzack y Wall, conocida como teoría de la puerta, señale la opción FALSA:

1. El dolor es visto como un fenómeno complejo vinculado al daño tisular, el estado emocional, los aspectos motivacionales y de reforzamiento, así como a los factores atencionales.
2. La actividad neuronal aferente de los nocioceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta que impide, o no, el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nocioceptores y del córtex.
3. La puerta puede cerrarse o abrirse por mensajes descendentes del cerebro, el llamado mecanismo de control central, de modo que las reacciones emocionales como la ansiedad, el miedo, o el estrés pueden exacerbar la sensación de dolor.
4. Ni las creencias del sujeto ni las experiencias previas afectarían la sensación de dolor. ✓

Según la teoría de la puerta, las creencias y la experiencia previa modifican la apertura de la puerta del dolor

Amigo expone que la **teoría de la puerta** (Melzack y Wall, 1965) dejó de ver el dolor como un producto lineal del daño tisular: es un fenómeno complejo vinculado al daño, al estado emocional, a los aspectos motivacionales y de reforzamiento y a factores atencionales. La actividad aferente de los nocioceptores está modulada en el **asta dorsal de la médula**, que actúa como una puerta. Las fibras pequeñas A-delta y C la abren, y las grandes A-beta la cierran. La puerta también se abre o se cierra por mensajes descendentes, el **mecanismo de control central**: la ansiedad, el miedo o el estrés la abren. Además, **las creencias del sujeto y su experiencia previa** modifican su grado de apertura.

1. Recoge la visión del dolor como fenómeno complejo que abrió la teoría.
2. Describe el núcleo de la teoría: la modulación en el asta dorsal de la médula.
3. Describe el mecanismo de control central y el efecto de las reacciones emocionales.
4. Es la afirmación falsa: el manual dice que las creencias y la experiencia previa modifican el grado de apertura de la puerta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 2.

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

200

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 1

El sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo importantes para la salud que se han asociado a distintas enfermedades físicas. Señale cuál de las siguientes NO lo está o lo está en menor medida:

1 Hiperuricemia. ✓

2 Diabetes.

3 Problemas respiratorios y cardiovasculares.

4 Hipertensión.

Hipertensión, diabetes y litiasis biliar son las alteraciones más asociadas a la obesidad

Amigo señala que el exceso de peso se asocia al riesgo de padecer distintas enfermedades y que, posiblemente, las tres alteraciones más importantes son la **hipertensión arterial esencial**, la **diabetes mellitus** y la **litiasis biliar**. La obesidad no es su causa última, pero es un factor de riesgo de primer orden: la hipertensión es hasta cuatro veces más probable en las personas obesas. Además, las **bronquitis y otras alteraciones pulmonares** son más frecuentes y graves, la obesidad dificulta la circulación venosa y la obesidad abdominal aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades **cardiovasculares**. El manual no menciona la hiperuricemia.

1. Es la única de las cuatro que el manual no asocia a la obesidad.
2. La diabetes mellitus es una de las tres alteraciones más importantes asociadas al exceso de peso.
3. Las alteraciones pulmonares son más frecuentes y graves en las personas obesas, y la obesidad abdominal aumenta el riesgo cardiovascular.
4. La hipertensión arterial esencial es hasta cuatro veces más probable entre las personas obesas.

Ojo. La relación entre la obesidad abdominal y las enfermedades cardiovasculares aparece en el apartado anterior del mismo capítulo, sobre el estrés y la ganancia de peso. Amigo (4.ª ed.) no conserva la paginación impresa; se cita por apartados y se ha leído sobre la imagen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 3 y 4.

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

201

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 1

Respecto del tratamiento del TDAH, señale la opción correcta:

1. La guía NICE (2018) recomienda el metilfenidato como tratamiento farmacológico de primera línea para niños mayores de cinco años y para adolescentes. ✓
2. La OMS (2016) recomienda la derivación a un especialista para el tratamiento farmacológico (i.e. metilfenidato) si los tratamientos psicológicos y psicosociales han fracasado y el niño tiene más de 12 años.
3. El entrenamiento a padres y los programas escolares de manejo del comportamiento parecen resultar eficaces; si bien, el tratamiento psicosocial con involucración de los padres parece que mejora más los síntomas externalizantes que los internalizantes.
4. Si bien el metilfenidato ha mostrado eficacia, la lisdexanfetamina se ha mostrado claramente más ineficaz.

La NICE (2018) recomienda el metilfenidato como primera línea farmacológica a partir de los cinco años

Belloch recoge que la guía **NICE (2018)** recomienda el **metilfenidato** como tratamiento farmacológico de primera línea para niños mayores de cinco años y para adolescentes, y que tanto el metilfenidato como la **lisdexanfetamina** aportan importantes beneficios clínicos frente a placebo y otros fármacos. La guía **mhGAP de la OMS** (2016) recomienda derivar a un especialista para tratar con metilfenidato a los niños de **seis años o más** en los que otros tratamientos han fallado. Sobre el tratamiento psicosocial con padres, el metaanálisis de Corcoran et al. (2006) halló un impacto bajo en los síntomas del TDAH, aunque mejoró los síntomas **internalizantes**, no los externalizantes.

1. Es la recomendación de la NICE (2018) que recoge el manual.
2. La guía mhGAP de la OMS habla de niños de seis años o más, no de mayores de 12.
3. Invierte el dato de Corcoran et al. (2006): el tratamiento con implicación de los padres mejoró los síntomas internalizantes, no los externalizantes.
4. La NICE señala que la lisdexanfetamina, como el metilfenidato, aporta importantes beneficios clínicos frente a placebo.

Ojo. Fonseca I/A (Base del tema C27, cap. 7, págs. 219 y 221) no recoge estas recomendaciones de la NICE ni de la OMS; señala que el tratamiento conductual es de primera línea en niños muy pequeños o con TDAH leve a moderado.

Trampa. Las opciones 2 y 3 cambian un dato concreto (la edad y el tipo de síntomas) de una afirmación que en lo demás coincide con el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 512-513. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, págs. 219 y 221.

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Belloch 2020 no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 170

202

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 3

Señale la afirmación correcta respecto de las consecuencias funcionales del trastorno bipolar II (DSM-5):

1. La recuperación funcional no se suele retrasar respecto de la recuperación de los síntomas del trastorno bipolar.
2. El deterioro cognitivo en el trastorno bipolar II es más leve que en el trastorno bipolar I.
3. En los test cognitivos, los pacientes con trastorno bipolar II realizan los test cognitivos peor que los individuos sanos, a excepción de los de memoria y fluidez semántica. ✓
4. En torno a un 50%, una vez terminado un episodio entra directamente en otro sin recuperación interepisódica.

El DSM-5 decía que en el bipolar II los test cognitivos salen peor que en sanos salvo los de memoria y fluidez semántica

Todas las opciones salen del apartado de **consecuencias funcionales** del **trastorno bipolar II** en el DSM-5. La opción 3 copia una frase según la cual los pacientes realizan los test cognitivos **peor que los individuos sanos**, **con la excepción de los de memoria y de fluidez semántica**, y tienen un **deterioro cognitivo similar** al de los pacientes con bipolar I. El mismo párrafo dice que la **recuperación funcional se retrasa sustancialmente** respecto a la sintomática y que, aunque muchos vuelven a funcionar con normalidad entre episodios, al menos un 15 % mantiene alguna disfunción y un 20 % entra directamente en otro episodio sin recuperación interepisódica.

1. La recuperación funcional se retrasa sustancialmente respecto a la de los síntomas, sobre todo la ocupacional.
2. El DSM-5 describe un deterioro cognitivo similar al del bipolar I.
3. Es la frase del DSM-5.
4. Es el 20 % el que entra directamente en otro episodio sin recuperación interepisódica.

Trampa. Tres opciones toman una cifra o un adjetivo del párrafo y lo cambian (no se retrasa, más leve, 50 %).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar II, consecuencias funcionales, pág. 138.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 52

203

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

Dentro de los modelos de inteligencia, ¿qué modelo postula que la inteligencia deriva de la combinación de contenidos, operaciones y productos?:

1. El modelo cúbico de estructura del intelecto de Guilford. ✓
2. El modelo de la teoría triárquica de Sternberg.
3. El modelo jerárquico de la inteligencia de Vernon.
4. El modelo de los tres estratos de Carroll.

El modelo cúbico de Guilford combina operaciones, contenidos y productos

Sánchez-Elvira expone que Guilford, aunque influido por Spearman, rechazó el factor g y propuso el **modelo de estructura del intelecto** (1956, 1967), conocido como **modelo cúbico** por su forma. Con análisis factorial y rotación ortogonal, clasificó las capacidades combinando tres dimensiones: las **operaciones** mentales (cognición, memoria, producción convergente y divergente, evaluación), los **contenidos** o tipos de información procesada y los **productos** o resultados de las operaciones sobre los contenidos. De su combinación salían 120 aptitudes independientes, que pasaron a 150 cuando dividió los contenidos figurativos en visuales y auditivos.

1. Es el modelo que deriva las aptitudes de la combinación de contenidos, operaciones y productos.
2. La teoría triárquica de Sternberg no se formula como una combinación de contenidos, operaciones y productos.
3. El modelo de Vernon es una jerarquía pura, con aptitudes que van de factores menores a un factor general.
4. El modelo de Carroll es uno de los modelos estructurales más recientes e integradores, organizado en estratos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 240-247.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

204

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica

Respuesta correcta: 3

En el modelo analítico funcional de Stephen Haynes para la formulación de un caso clínico, ¿qué representa el símbolo del rombo?:

1. Variable causa o moderador.
2. Problema efecto de otro problema.
3. Causa original no modificable. ✓
4. Variable causal hipotética.

En los diagramas analítico-funcionales, el rombo representa una variable causal no modificable

Moreno Rosset propone plasmar la formulación del caso con los **Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos** (FACCD), siguiendo a Godoy y Gavino (2011). Los problemas se dibujan en **cuadrados o rectángulos**, cuyo grosor indica su importancia; las flechas, uni o bidireccionales, indican cómo afecta un problema a otro y su fuerza; las variables causales sobre las que se intervendrá van en **círculos u óvalos**, y las **variables causales no modificables se dibujan dentro de rombos**. En el caso de Jesús, «haber suspendido el curso anterior» aparece en un rombo. Muñoz, Ausín y Panadero, siguiendo a Haynes, usan el rombo para las variables causales de origen e inmodificables.

1. Las variables causales modificables, y en Muñoz las moderadoras, se representan con círculos u óvalos.
2. Los problemas, también los que son efecto de otros, se dibujan en cuadrados o rectángulos.
3. Es el significado del rombo en los FACCD.
4. Las variables causales sobre las que se plantea intervenir van en círculos u óvalos; el rombo se reserva para las que no pueden modificarse.

Ojo. La Base del tema E2 (Fernández-Ballesteros, cap. 2) no describe estos diagramas. Moreno Rosset atribuye la propuesta a Godoy y Gavino (2011); Muñoz, Ausín y Panadero la presentan como versión modificada de los diagramas de Haynes.

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 y figura 2.1. Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 5, pág. 253, figura 5.12.

EN EL ATLAS

Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Moreno Rosset (Ampliación) y Muñoz (Ampliación).

205

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes es una condición necesaria para la aplicación de un programa de manejo de contingencias mediante incentivos para el tratamiento de la adicción a drogas?:

1. Monitorizar frecuentemente la conducta objetivo, normalmente el uso de la droga principal. ✓
2. Evaluar el patrón de consumo de todas las drogas, además de la sustancia principal.
3. Descartar la existencia de otros trastornos asociados, además de la adicción a drogas.
4. Implicar a terceras personas, preferentemente familiares, para manejar los incentivos.

El manejo de contingencias exige monitorizar a menudo la conducta objetivo con pruebas bioquímicas

Fonseca describe el **manejo de contingencias** (MC) como una intervención conductual en la que se refuerza la abstinencia **verificada mediante pruebas bioquímicas**. El protocolo más frecuente entrega incentivos o vales contingentes a la abstinencia, canjeables por **reforzadores naturales** que contribuyen a los objetivos terapéuticos. La tabla 17.1 recoge siete condiciones de aplicación. La primera es **seleccionar y monitorizar frecuentemente** mediante pruebas bioquímicas la conducta objetivo, normalmente la abstinencia. Las demás piden reforzar de forma contingente e inmediata, aumentar el incentivo con la abstinencia continuada y elegir reforzadores de magnitud suficiente.

1. Es la primera condición de aplicación de la tabla 17.1.
2. La conducta objetivo que se monitoriza es normalmente la abstinencia; evaluar el patrón de consumo de todas las drogas no figura entre las condiciones.
3. No hay que descartar otros trastornos: la tabla prevé incentivos extra para personas resistentes al cambio o con psicopatología asociada.
4. Implicar a terceras personas en el manejo de los incentivos no figura entre las condiciones de aplicación.

TABLA 17.1. CONDICIONES DE APLICACIÓN DEL MANEJO DE CONTINGENCIAS

Condiciones de aplicación del manejo de contingencias
1. Seleccionar y monitorizar frecuentemente mediante pruebas bioquímicas la conducta objetivo (normalmente, la abstinencia).
2. Aplicar el reforzador (incentivo) de forma contingente e inmediata a la emisión de la conducta objetivo.
3. Incrementar el valor del incentivo para reforzar la abstinencia continuada y reiniciar a niveles iniciales la magnitud del incentivo tras el incumplimiento de los objetivos (consumo).
4. Seleccionar un reforzador de magnitud suficiente para competir con el valor reforzante de la sustancia.
5. Usar incentivos extra para facilitar la abstinencia en personas resistentes al cambio o con psicopatología asociada (p. ej., reforzar el cumplimiento de dos conductas objetivo de forma consecutiva).
6. Identificar y seleccionar los reforzadores naturales (bienes, servicios, privilegios o actividades) adecuados y congruentes con los objetivos del tratamiento.
7. Eliminar los reforzadores cuando la conducta objetivo no ocurre.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 17, tabla 17.1, pág. 509

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 508-509 y tabla 17.1.

EN EL ATLAS Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 3

En los datos de observación “no reactivos” considerados como productos de conducta, se incluyen:

1 Los atributos.

2 Las interacciones.

3 La medida de erosión. ✓

4 Las conductas.

Las medidas de erosión son productos de conducta que se observan sin reactividad

Fernández-Ballesteros distingue varias unidades de análisis en la observación: las **conductas**, los **atributos** que se infieren de ellas, las **interacciones** y los **productos de conducta**. Estos últimos son el resultado de actividades que el sujeto ya realizó; los procedentes de ejecuciones pasadas se denominan **medidas no reactivas**. Webb et al. (1966) distinguieron tres tipos: las **medidas de erosión**, que son destrucciones, daños u otros cambios físicos en el ambiente originados por la conducta (como las marcas en el césped); las medidas de huella, productos de usar o consumir objetos; y las medidas de archivo, registradas en documentos o informes.

1. Los atributos son características que se infieren de la observación de la conducta manifiesta; son otra unidad de análisis.
2. Las interacciones son la relación secuencial entre eventos de dos o más personas, o entre una persona y el ambiente; también son otra unidad.
3. Es el primero de los tres tipos de productos de conducta no reactivos que recoge el manual.
4. Las conductas, motoras o verbales, son la unidad de análisis propia del enfoque conductual, distinta de sus productos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 196-198.

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

207 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

Para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes, el tratamiento con mayor apoyo empírico es:

1. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. ✓
2. La relajación.
3. El EMDR.
4. Las técnicas de autocontrol.

La TCC centrada en el trauma es el tratamiento con más apoyo empírico para el TEPT infantojuvenil

Fonseca I/A concluye que, entre los tratamientos bien establecidos para el TEPT en la infancia, la **TCC centrada en el trauma** y la TCC cuentan con aval científico según los criterios de Chambless y Hollon. Las intervenciones breves, **focalizadas en el trauma**, adaptadas al desarrollo y con la colaboración de la familia obtienen mejores resultados, y la TCC parece la modalidad con **mayor apoyo empírico**, por lo que es el tratamiento más recomendable. La evidencia del **EMDR** es limitada. Vallejo y Rodríguez coinciden en que la TCC focalizada en el trauma es el tratamiento con más evidencia científica en el TEPT infantil.

1. Es el tratamiento con mayor apoyo empírico según ambos manuales.
2. La relajación progresiva aparece como uno de los componentes de los programas de TCC centrada en el trauma, no como tratamiento por sí misma.
3. La evidencia de los efectos del EMDR en la infancia es limitada y se requieren estudios más rigurosos para recomendarlo.
4. Los manuales no recogen las técnicas de autocontrol entre los tratamientos con apoyo empírico para el TEPT infantojuvenil.

> **Ojo.** La Base del tema C11 (Fonseca Adultos, cap. 13) trata población adulta; el TEPT infantojuvenil lo desarrolla la Ampliación, Fonseca I/A, cap. 18.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, págs. 555 y 566. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 1, pág. 66.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

208

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es una característica del diseño de bloques aleatorios?:

1. Se asume la interacción entre la variable manipulada y la de bloqueo.
2. Permite reducir la heterogeneidad de las unidades experimentales y, por lo tanto, aumentar la potencia de la prueba F utilizada para analizar el efecto del tratamiento. ✓
3. La variable de bloqueo no debe estar correlacionada con la variable dependiente.
4. Utiliza una estrategia de control estadístico denominada técnica de bloqueo.

El diseño de bloques aleatorios reduce la varianza de error y aumenta la potencia del contraste

Balluerka y Vergara explican que la **técnica de bloqueo** forma bloques homogéneos según las puntuaciones en una variable extraña relevante, la **variable de bloqueo**, y asigna al azar dentro de cada bloque. Los diseños de bloques aleatorios aplican esta **técnica de control experimental** para reducir el término residual del ANOVA. Al eliminar una fuente de variabilidad de las propias unidades experimentales, **reducen la varianza de error** y estiman con más precisión los efectos; las estrategias que reducen la varianza de error aumentan la sensibilidad o **potencia** del diseño. Por su naturaleza, el diseño **no asume interacción** entre la variable manipulada y la de bloqueo, y esta tiene que estar directamente relacionada con la variable dependiente.

1. El diseño de bloques no asume interacción entre la variable manipulada y la de bloqueo, porque su finalidad es reducir la varianza de error.
2. Es la ventaja del diseño: menos heterogeneidad, menos varianza de error y más potencia.
3. Para que el bloqueo sea efectivo, la variable de bloqueo tiene que estar directamente relacionada con la variable dependiente.
4. El bloqueo es una técnica de control experimental; el procedimiento de control estadístico más utilizado es el análisis de la covarianza.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 8, págs. 157-158. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdo. 4.5.1.2.

EN EL ATLAS

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

209 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H15 · Identidad personal: el self | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

Según la teoría de la auto-discrepancia de Higgins, las diferencias entre el autoconcepto real y el autoconcepto responsable/del deber provocan fundamentalmente:

1. Depresión.
2. Abatimiento.
3. Ansiedad. ✓
4. Decepción.

La discrepancia entre el yo real y el yo debido produce ansiedad

Cervone y Pervin exponen la teoría de Higgins sobre las discrepancias entre partes del self. Además del **self ideal**, centrado en esperanzas, ambiciones y deseos, todo individuo tiene un **self debido**, que concierne a los deberes, las responsabilidades y las obligaciones. La discrepancia entre el self actual y el ideal produce emociones de **decaimiento** (decepción, tristeza, depresión), y la discrepancia entre el self actual y el debido produce emociones de **agitación**: miedo, sensación de amenaza o **ansiedad**. En el estudio de Higgins et al. (1986), las personas con discrepancias real-debería se ponían ansiosas pero no tristes ante un suceso negativo imaginado.

1. La depresión se asocia a la discrepancia entre el yo real y el yo ideal.
2. El abatimiento pertenece a las emociones de decaimiento, propias de la discrepancia real-ideal.
3. Es la emoción de agitación que produce la discrepancia entre el yo real y el yo debido.
4. La decepción también es una emoción de decaimiento ligada al yo ideal.

Ojo. La Base del tema H15 (Bermúdez 2011, cap. 12, pág. 551) solo menciona a Higgins (1999) al decir que las discrepancias entre el autoconcepto actual y las características que se desearía tener generan un malestar que la persona trata de reducir; no distingue el yo ideal del yo debido.

Para fijarlo. Lo que deseo y no alcanzo entristece; lo que debo y no cumplo inquieta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Cervone, D. y Pervin, L. A. (2009). Personalidad: teoría e investigación (2.ª ed.). Manual Moderno. Cap. 6, págs. 172-173; cap. 13, pág. 413. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 12, pág. 551.

EN EL ATLAS

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

210

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Con respecto al área de fusión de Panum y su relación con el horópter en la percepción visual de la profundidad, ¿dónde es menor el tamaño del área de fusión de Panum?:

1. En la periferia visual.
2. En el entorno del punto de fijación. ✓
3. En la hemirretina nasal.
4. En la hemirretina temporal.

El área de fusión de Panum es menor en torno al punto de fijación que en la periferia

Luna y Tudela definen el **horópter** como el conjunto de puntos del espacio visual que, para una fijación ocular dada, proyectan su imagen en **puntos correspondientes** de las dos retinas; por eso cambia cuando cambia el punto de fijación. La disparidad dentro de la cual se produce estereoscopia está limitada a un área en torno al horópter, el **área de fusión de Panum**. Su tamaño no es igual en todo el horópter: es **menor en el entorno del punto de fijación** que en la periferia. Mide algo menos de **10 minutos** de ángulo en la visión central y supera los **30 minutos** a partir de unos 15 grados en la periferia.

1. En la periferia el área es mayor, por encima de 30 minutos de ángulo.
2. Es donde el manual sitúa el área más pequeña, de algo menos de 10 minutos de ángulo.
3. El manual describe el tamaño del área según la distancia al punto de fijación, sin distinguir entre hemirretinas.
4. Tampoco la relaciona con la hemirretina temporal.

> **Ojo.** La Base del tema I3 (Goldstein y Cacciamani) no trata el área de fusión de Panum; en el corpus del Atlas solo la recoge Luna y Tudela.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 4, págs. 162 y 169.

Tema I3 · Sensación y percepción. Se estudia con Luna y Tudela (Ampliación).

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	94
A5	Percepción e Imaginación	86, 92, 104
A6	Memoria	91
A7	Pensamiento	95
A8	Lenguaje	106
A9	Comportamiento y Conducta Motora	85, 96
B2	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general	140
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	93, 107, 116, 126, 130
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	105, 109, 110, 112, 122, 124, 152, 153
B5	Trastornos del sueño-vigilia	118, 119, 120
B6	Adicciones a sustancias	81
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	115
B11	Trastornos de ansiedad	97, 98, 99, 111, 113, 125, 191
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	63, 190, 196
B14	TOC y trastornos relacionados	114, 131
B15	Trastornos depresivos	82, 84, 108, 117, 158
B16	Trastornos bipolares	100, 127, 170, 202
B17	Trastornos disociativos	62, 83
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	101, 102, 103, 144
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	69, 79, 80, 123
B22	Trastornos neurocognitivos	10, 16, 87, 88, 89, 90
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	78
B28	Trastorno del espectro del autismo	183, 192
C3	Tratamientos transdiagnósticos	184, 186
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	138, 141, 148, 188
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	151
C6	Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia	121, 195
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	52, 146, 147, 205
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	150
C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	43, 149, 187
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	44, 185, 197
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	142, 143, 145, 207
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	132, 133
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	137, 156, 171, 172, 179

C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	129, 157
C16	Tratamientos de los trastornos disociativos	154, 168
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	155, 177
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	134, 135, 136, 139, 169, 173, 174, 180, 181, 182
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	128, 160, 175, 176, 178
C20	Intervención psicológica en conducta suicida	194
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	189
C27	Tratamientos del TDAH	201
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	193
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	198, 200
D10	Dolor crónico y fibromialgia	199
E1	Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica	47
E2	El proceso de evaluación psicológica	67, 71, 204
E5	La observación sistemática	51, 57, 59, 206
E7	Las técnicas subjetivas	46, 56, 58, 64, 65
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	49, 61
E9	Las técnicas proyectivas	54
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	41, 50, 53, 60, 74, 75, 76, 77
E11	Evaluación de la personalidad	48, 66
E12	Evaluación neuropsicológica	68, 73
F3	Enfoques eclécticos e integradores	161, 164
F6	Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones	159
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	163
F9	Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional	162
F11	Historia y evaluación conductual	165, 166, 167
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	42, 70, 203
H6	Diferencias intergrupales: edad y género	40
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	35, 36, 45
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	37, 39
H14	Motivación y personalidad	38
H15	Identidad personal: el self	209
I3	Sensación y percepción	1, 210
I5	Condicionamiento instrumental	4, 6
I6	Memoria	5
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	2, 7
J2	Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor	23

J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	24
J6	Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas	26
J8	Desarrollo moral	25
J10	Adultez y vejez	3, 27, 28
K1	Métodos y técnicas de investigación	9, 14
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	8, 11
K7	Control motor	12, 13
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	15
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	34, 208
L8	Encuesta y metodología observacional	72
L11	Estadística descriptiva de dos variables	29
L12	Estadística descriptiva de tres o más variables	30, 31
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	32
L21	Validez de los tests	55
L23	Teoría de respuesta al ítem	33
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	19
M6	Procesos de grupo	17, 18
M7	Estereotipos y prejuicio	20, 21
M8	Relaciones intergrupales	22