ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2022

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 2022. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L18 · Contraste de la relación entre variables

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes es una condición para que pueda aplicarse el estadístico Chi cuadrado de independencia en una tabla de contingencia?:

1 Igual número de filas que de columnas.

2 Marginales de fila iguales a los marginales de columna.

3 Todos los residuales son 0.

4 No más del 20% de las frecuencias esperadas son menores a 5. ✓

La ji-cuadrado tolera como mucho un 20 % de frecuencias esperadas menores que 5

Pardo, Ruiz y San Martín resumen en el cuadro 10.1 el contraste de independencia con el estadístico **X^2 de Pearson**. Entre sus **supuestos** recogen tres: una muestra aleatoria clasificada en las casillas que resultan de cruzar dos variables categóricas, una probabilidad de pertenecer a cada casilla que se mantiene constante durante la clasificación y que **no más del 20 % de las frecuencias esperadas** sean **menores que 5**. El apéndice 9 explica el motivo. Para que el valor muestral se aproxime de forma aceptable a la distribución ji-cuadrado hacen falta observaciones independientes y frecuencias esperadas de tamaño suficiente.

1. El contraste se aplica a tablas de $I \times J$ casillas sin exigir que el número de filas coincida con el de columnas, y sus grados de libertad son $(I - 1)(J - 1)$.
2. Las frecuencias marginales no tienen que ser iguales. El manual las usa para estimar las frecuencias esperadas, que se obtienen multiplicando las marginales de cada casilla y dividiendo el producto entre el total de casos.
3. Los residuos son las diferencias entre frecuencias observadas y esperadas. Si todos valieran cero, el estadístico de Pearson también valdría cero, que es lo que ocurre cuando los datos se comportan exactamente como pronostica la independencia; es un resultado posible, no una condición para aplicar la prueba.
4. Es el supuesto sobre el tamaño de las frecuencias esperadas que recoge el cuadro 10.1.

Para fijarlo. Si más de una de cada cinco casillas espera menos de 5 casos, la ji-cuadrado deja de ajustarse bien a su distribución teórica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Síntesis. Cap. 10, págs. 290-291; cap. 9, pág. 254, y apéndice 9, pág. 270.

EN EL ATLAS: Tema L18 · Contraste de la relación entre variables. Se estudia con Pardo I (Base).

2

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L10 · Estadística descriptiva de una variable

Respuesta correcta: 1

El tamaño de la caja central de un diagrama de caja (Box Plot) viene dado por:

1. La amplitud intercuartílica. ✓
2. El rango.
3. La desviación típica.
4. La diferencia entre media y mediana.

La altura de la caja del diagrama de Tukey es la amplitud intercuartil

Suárez Falcón y sus colaboradores presentan el **diagrama de caja y bigotes**, propuesto por Tukey (1977), como una representación útil para estudiar la asimetría y detectar valores atípicos. Se dibuja con una caja rectangular cuya altura corresponde a la **amplitud o rango intercuartil**, la diferencia entre el tercer y el primer cuartil (Q3 – Q1). Dentro de la caja, una línea marca la **mediana**, y los **bigotes** llegan hasta los valores mínimo y máximo que no son atípicos. Los límites para declarar atípico un valor se obtienen multiplicando la amplitud intercuartil por 1,5 y restando el resultado a Q1 o sumándolo a Q3.

1. La caja va de Q1 a Q3, así que su tamaño es la amplitud intercuartil, el índice que recoge el 50 % central de las puntuaciones.
2. El rango o amplitud total es la distancia entre la puntuación máxima y la mínima. En el diagrama lo recorren los bigotes, cuando no hay atípicos, y no la caja.
3. La desviación típica mide la dispersión respecto a la media, y el diagrama no la representa. Se construye con cuartiles, y el manual presenta la amplitud intercuartil como un índice resistente de dispersión.
4. Dentro de la caja solo se marca la mediana. La media no aparece en el diagrama, de modo que la diferencia entre ambas no puede fijar el tamaño de la caja.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 3, págs. 104, 115 y 123-124.

EN EL ATLAS: Tema L10 · Estadística descriptiva de una variable. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

3 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables

Respuesta correcta: 3

¿Qué estadístico emplearemos si queremos conocer la relación lineal entre las variables X e Y eliminando el efecto que una tercera variable (Z) tiene sobre Y?:

1 Covarianza.

2 Regresión.

3 Correlación semiparcial. ✓

4 Correlación parcial.

La correlación semiparcial quita el influjo de una tercera variable de solo una de las dos

Maciá y sus colaboradores explican que, cuando intervienen más de dos variables, las **correlaciones de orden cero** no son «puras», porque no descuentan el influjo de las demás. Para eso hay dos coeficientes. En la **correlación semiparcial** se elimina el influjo de las otras variables sobre **una sola** de las dos que se correlacionan: se ajusta una regresión, se extraen los residuos y se correlacionan con la otra variable. En la **correlación parcial** el influjo se elimina de **ambas**, de modo que es una correlación entre residuos. Pardo y San Martín lo resumen igual. El enunciado quita el efecto de Z solo sobre Y, así que pide la semiparcial.

1 La covarianza recoge la variación conjunta de X e Y tal como se observan, sin descontar el influjo de ninguna tercera variable.

2 La regresión ajusta un modelo para pronosticar una variable a partir de otras. Para saber qué aporta cada variable una vez descontado el influjo de las demás, el manual recurre a la correlación semiparcial.

3 Elimina el efecto de Z de una sola de las dos variables, como pide el enunciado.

4 La parcial quitaría el efecto de Z tanto de X como de Y. El manual la describe como la correlación «pura» entre dos variables, porque de ambas se ha extraído el influjo de terceras.

Trampa. Parcial y semiparcial se distinguen por un detalle del enunciado: de cuántas variables se elimina el efecto de la tercera. Si es de una sola, es la semiparcial.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 263-266. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 10, pág. 393.

EN EL ATLAS

Tema L12 · Estadística descriptiva de tres o más variables. Se estudia con Maciá (Base) y Pardo II (Ampliación).

4

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 1

El diseño conocido como test de anclaje o ítems de anclaje es uno de los empleados en los procesos de:

1 Equiparación. ✓

2 Baremación.

3 Validez de contenido.

4 Fiabilidad interjueces.

El test de anclaje es uno de los diseños para equiparar las puntuaciones de dos tests

Muñiz define la **equiparación** como el establecimiento de una correspondencia entre las puntuaciones de dos o más tests, de modo que sea indiferente cuál se aplique, porque las puntuaciones en uno pueden expresarse en términos del otro. Desde la óptica clásica recoge tres diseños: **un solo grupo**, **dos grupos equivalentes** y **test de anclaje**. En este último se dispone de dos muestras, a cada una se le aplica uno de los tests que se quieren equiparar y a ambas se les aplica, además, un test común (Z). Barbero y sus colaboradores lo llaman también **diseño de grupos no equivalentes con ítems comunes** y lo consideran el más utilizado.

1. Es el proceso en el que el manual sitúa el test de anclaje.
2. Muñiz llama baremo al conjunto de las puntuaciones directas y sus transformadas, obtenidas en un grupo normativo. Sirve para interpretar las puntuaciones, no para hacer intercambiables dos tests.
3. Las evidencias de contenido comprueban si los ítems representan adecuadamente el constructo que se quiere evaluar. Forman parte de la validación, no de la equiparación.
4. La fiabilidad interjueces estima en qué medida concuerdan los juicios de varios jueces o expertos, por ejemplo con el coeficiente kappa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 6, págs. 183-185; cap. 5, pág. 180; cap. 3, pág. 103; cap. 2, pág. 84. Barbero García, M. I., Vila Abad, E. y Holgado Tello, F. P. (2015). Psicometría. Sanz y Torres. Tema 9, pág. 463.

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

5 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 3

Con el fin de probar el efecto de un factor, siendo el diseño no equilibrado y ante el incumplimiento del supuesto de homocedasticidad, la prueba adecuada es:

1 F de Levene.

2 Durbin-Watson.

3 W de Welch. ✓

4 Fmáxima de Hartley.

Con varianzas distintas y grupos desiguales, el efecto del factor se prueba con la W de Welch

Balluerka y Vergara señalan que el análisis de varianza resiste violaciones moderadas de la **homocedasticidad**, pero que con **grupos no equilibrados** incluso niveles moderados de heterogeneidad pueden alejar el error de tipo I real del nominal. Distinguen dos tipos de herramientas. Unas sirven para **verificar** el supuesto: Hartley, Cochran, Bartlett y Levene, la más robusta frente a la falta de normalidad. Otras sirven para **corregir** la heterocedasticidad cuando el supuesto no se cumple, como el procedimiento de O'Brien, la F conservadora, la F* de Brown y Forsythe y la **W de Welch**. El enunciado pide probar el efecto del factor, así que necesita una de las segundas.

1 La prueba de Levene comprueba si las varianzas son homogéneas; no contrasta el efecto del factor cuando ya se sabe que no lo son.

2 Durbin-Watson valora la autocorrelación entre los residuos, es decir, el supuesto de independencia. Pardo y San Martín lo presentan en el análisis de regresión.

3 La W de Welch es uno de los procedimientos que el manual propone para corregir la heterocedasticidad al contrastar las medias.

4 La F máxima de Hartley es el cociente entre la varianza mayor y la menor y sirve para verificar la homocedasticidad, no para corregirla.

Para fijarlo. Levene y Hartley avisan del problema; Welch y Brown-Forsythe permiten seguir adelante con él.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, págs. 46-47. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, pág. 198; cap. 10, pág. 404.

EN EL ATLAS

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

6 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 2

En un diseño multigrupos al azar, si el investigador desea realizar comparaciones a posteriori entre todos los pares de medias, en el caso de cumplimiento de los supuestos del modelo estadístico y para garantizar la mayor potencia y control del error de tipo I, la prueba más adecuada es:

1. El procedimiento de Bonferroni.
2. Prueba HSD de Tukey. ✓
3. Prueba de Dunnet.
4. Prueba de Fisher.

Para comparar a posteriori todos los pares de medias se usa la prueba de Tukey

Pardo y San Martín separan las **comparaciones planeadas**, decididas antes de recoger los datos, de las **comparaciones post hoc**, que se hacen tras una F significativa para averiguar dónde están las diferencias. Cada procedimiento cubre un objetivo. Para unas pocas comparaciones planeadas recomiendan **Dunn-Bonferroni**; para comparar cada grupo experimental con el control, **Dunnett**. Cuando no hay hipótesis previas y se quieren hacer todas las comparaciones por pares, el procedimiento apropiado es el de **Tukey**, diseñado para controlar la tasa de error en las J(J − 1)/2 comparaciones posibles. Scheffé sirve para comparaciones de cualquier tipo, pero limitado a pares resulta excesivamente conservador y poco potente.

1. Dunn-Bonferroni es apropiado cuando se han planificado unas pocas comparaciones. Conforme aumenta su número se vuelve más conservador y pierde potencia.
2. Es el procedimiento diseñado para todas las comparaciones por pares y, con los supuestos cumplidos, el que recomiendan los autores.
3. Dunnett controla la tasa de error cuando solo se comparan los grupos experimentales con el grupo control.
4. La prueba de Fisher no figura entre los procedimientos que Pardo y San Martín recomiendan para comparar todos los pares de medias; para ese objetivo proponen Tukey.

> **Ojo.** Tukey y Scheffé asumen varianzas poblacionales iguales. Si no puede asumirse, los autores prefieren Games-Howell en lugar de Tukey (pág. 224). Por eso el enunciado precisa que se cumplen los supuestos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, págs. 218-220 y 224.

EN EL ATLAS: Tema L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor. Se estudia con Pardo II (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 12

7

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 1

En el ámbito de las medidas del tamaño del efecto, para evaluar el impacto de un determinado tratamiento, indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Eta cuadrado es equivalente al coeficiente de determinación de un modelo de regresión. ✓
2. Omega cuadrado es un estimador sesgado por el tamaño muestral y se recomienda utilizar eta cuadrado en su lugar.
3. Delta de Cliff es un estimador paramétrico del tamaño del efecto.
4. Sólo la “d” de Cohen puede informar acerca del tamaño de efecto de un tratamiento.

Eta cuadrado expresa la proporción de varianza explicada, como el coeficiente de determinación

Pardo y San Martín recuerdan que una F significativa no implica un efecto importante, porque su valor depende también del tamaño de las muestras. Para valorar la magnitud del efecto en el ANOVA proponen la f de Cohen y varias **medidas de asociación**. La más antigua es **eta cuadrado** (η^2), que se interpreta como la **proporción de varianza** que comparten el factor y la variable dependiente; con dos medias coincide con el cuadrado de la correlación, R^2. Su problema es que **sobrestima** la verdadera proporción de varianza común. Por eso los autores prefieren **omega cuadrado** (ω^2), cuyo sesgo es muy pequeño y que acapara las preferencias de los expertos.

1. Eta cuadrado es la proporción de varianza de la variable dependiente asociada al factor, la misma lectura que tiene el coeficiente de determinación en regresión.
2. Invierte los papeles. El estimador sesgado, que sobrestima la proporción de varianza común, es eta cuadrado; omega cuadrado tiene un sesgo muy pequeño y es la medida preferida.
3. La delta de Cliff no aparece en el corpus del Atlas, así que no podemos documentarla con un manual. Se suele presentar como una medida no paramétrica, lo contrario de lo que afirma la opción.
4. Hay varias medidas del tamaño del efecto. Para el ANOVA de un factor los autores describen la f de Cohen, eta cuadrado, épsilon cuadrado y omega cuadrado, entre otras.

Ojo. La clave se sostiene con el manual, pero la opción 3 no puede comprobarse en el corpus: ningún manual del Atlas describe la delta de Cliff. El comentario de origen cita a Ato et al. (2015), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, págs. 200-203.

EN EL ATLAS: Tema L16 · Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor. Se estudia con Pardo II (Consulta).

8 PSICOLOGÍA BÁSICA

I8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con la teoría de los lemmas de Levelt (1989) sobre la estructura interna de las palabras de nuestro léxico, ¿qué tipo de información, entre otras, contiene el lemma de una palabra?:

1 La morfología de la palabra.

2 La fonología de la palabra.

3 La ortografía de la palabra.

4 La sintaxis de la palabra. ✓

El lemma guarda el significado y la sintaxis de la palabra; el lexema, su forma

Cuetos, González y De Vega explican que el fenómeno de la **punta de la lengua** muestra que recuperar una palabra no es un único paso: el hablante conoce el significado pero no logra su forma. Esto encaja con el esquema de Levelt (1989), que distingue dos elementos en cada palabra. El **lemma** incorpora información semántica sobre el significado y también **información sintáctica**. El **lexema** o forma de la palabra abarca la información **morfológica y fonológica**. En la producción, primero se selecciona el lemma y después se recupera la forma fonológica, y es en ese paso donde una disrupción produce la punta de la lengua.

1 La morfología pertenece al lexema o forma de la palabra, no al lemma.

2 La fonología, los sonidos que componen la palabra, también forma parte del lexema.

3 El manual no sitúa la ortografía en el lemma, que reúne información semántica y sintáctica.

4 El lemma incorpora, además del significado, la información sintáctica de la palabra.

Para fijarlo. En la punta de la lengua tienes el lemma, sabes qué significa la palabra y cómo se usa en la frase, pero te falta el lexema, cómo suena.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 10, págs. 264 y 273.

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

9 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

En el campo de estudio de la memoria semántica, ¿qué procedimiento experimental utilizaron Collins y Quillian (1969) para someter a contraste empírico su modelo de red jerárquica?:

1 Tarea de asociación de palabras.

2 Tarea de verificación de frases. ✓

3 Tarea de denominación (naming).

4 Tarea de categorización semántica.

Collins y Quillian pusieron a prueba su red jerárquica con una tarea de verificación de frases

Según Baddeley, Eysenck y Anderson, el primer modelo sistemático de memoria semántica fue el de Collins y Quillian (1969). Los conceptos se organizan en **redes jerárquicas** de nodos, y las propiedades se almacenan lo más alto posible en la jerarquía para cumplir la **economía cognitiva**. Los autores pusieron a prueba el modelo con una tarea en la que los participantes debían decidir lo más rápido posible si unas **frases eran verdaderas o falsas**, como «un canario es amarillo» o «un canario tiene piel». El tiempo de respuesta a las frases verdaderas aumentaba con la **distancia jerárquica** entre el sujeto de la frase y la propiedad.

1 Collins y Quillian no midieron qué palabras se asocian libremente entre sí; medían cuánto se tardaba en verificar frases.

2 Es la tarea con la que contrastaron el modelo: decidir lo antes posible si una frase es verdadera o falsa.

3 Collins y Quillian registraban cuánto se tardaba en juzgar si una frase era verdadera; en su tarea nadie tenía que nombrar un estímulo.

4 Los participantes decidían si frases como «un canario es amarillo» eran verdaderas o falsas, y la tarea no les pedía clasificar estímulos en categorías.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 7, págs. 204-205.

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

10 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

En el contexto del estudio sobre el razonamiento silogístico, ¿cómo se denomina la hipótesis, planteada por Woodworth y Sells (1935), que propone que cuando un sujeto elabora una conclusión lo hace en función de la impresión global producida por las premisas?:

1. Efecto de la figura.
2. Efecto atmósfera. ✓
3. Efecto de anclaje.
4. Efecto de la conjunción.

El efecto atmósfera lleva a elegir una conclusión del mismo modo que las premisas

González Labra presenta la **hipótesis de la atmósfera de las premisas** como una de las primeras aproximaciones al razonamiento silogístico, más la explicación de una tendencia que una teoría. Woodworth y Sells (1935) pidieron evaluar la validez de argumentos y vieron que los errores se explicaban por el **modo de las premisas**: con dos premisas universales se tendía a elegir una conclusión universal, y con dos afirmativas, una afirmativa. Ese aspecto estructural creaba «una atmósfera». Begg y Denny (1969) lo formularon según la **cantidad** y la **cualidad**. Si hay al menos una premisa particular, la conclusión es particular, y si hay al menos una negativa, es negativa.

1. El efecto de la figura es otro efecto estructural del silogismo, que depende de la posición del término medio en las premisas, no de la impresión global que causa su modo.
2. Es la hipótesis de Woodworth y Sells: el modo de las premisas crea una atmósfera que induce una conclusión del mismo tipo.
3. El anclaje y ajuste es uno de los heurísticos del juicio probabilístico que estudiaron Tversky y Kahneman, no un efecto del razonamiento silogístico.
4. El efecto o falacia de la conjunción pertenece también al razonamiento probabilístico y se explica con el heurístico de representatividad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 85-86; cap. 2, pág. 36; cap. 6, pág. 149.

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

11 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 1

¿Qué función matemática utiliza S. S. Stevens (1957) para enunciar su ley psicofísica, derivada de los resultados obtenidos con métodos psicofísicos directos?:

1. La potencia. ✓
2. El logaritmo.
3. La integral.
4. La raíz cuadrada.

La ley psicofísica de Stevens es una función potencial

Con el método de **estimación de magnitudes**, los participantes asignan números a la intensidad percibida de los estímulos. Goldstein y Cacciamani explican que, en todos los sentidos, la relación entre la intensidad del estímulo y la magnitud percibida sigue la misma ecuación, $S = cE^k$: la sensación es una constante multiplicada por la intensidad **elevada a una potencia**. Es la **ley potencial de Stevens**. El **exponente** cambia de un sentido a otro. Por debajo de 1 produce compresión de la respuesta, como en la luminosidad, y por encima de 1, expansión, como en las descargas eléctricas, cuyo exponente es 3,5.

1. Es la función potencial $S = cE^k$ que da nombre a la ley.
2. La función logarítmica es la de la ley de Fechner, según la cual la intensidad de la sensación es proporcional al logaritmo de la intensidad del estímulo. Stevens formuló la suya casi un siglo después, con métodos directos.
3. La ecuación de Stevens no incluye ninguna integral; multiplica una constante por la intensidad elevada a un exponente.
4. Una raíz cuadrada sería solo el caso de un exponente de 0,5. En la ley de Stevens el exponente varía según la modalidad sensorial y las condiciones estimulares.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Apéndice B, págs. 517-518. Luna, D. y Tudela, P. (2006). Percepción visual. Trotta. Cap. 9, págs. 308 y 334.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 5

12 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

De acuerdo con la hipótesis de los niveles de procesamiento de Craik y Lockhart (1972), ¿qué tipo de repaso o repetición del material estudiado genera un mejor recuerdo de la información a largo plazo?:

1 El repaso de mantenimiento.

2 El repaso significativo.

3 El repaso elaborativo. ✓

4 El repaso declarativo.

El repaso elaborativo es el que favorece el recuerdo a largo plazo

Fernández-Abascal y sus colaboradores recogen la distinción de Craik y Lockhart (1972) entre dos tipos de procesamiento. El tipo I o **repaso de mantenimiento** se limita a prolongar la permanencia de la información en estado activo sin transformarla en un código más profundo, de modo que evita su decaimiento pero no facilita su paso a la memoria a largo plazo. El tipo II o **repaso de elaboración** añade un **análisis semántico** y engasta el material nuevo en los conocimientos ya almacenados, lo que facilita su **retención a largo plazo**. Baddeley, Eysenck y Anderson lo resumen en una regla general: un procesamiento más profundo y elaborado conduce a una mejor retención.

1 El repaso de mantenimiento conserva la información activa mientras se repite, pero no facilita su tránsito a la memoria a largo plazo.

2 El manual no recoge ningún «repaso significativo» en la propuesta de Craik y Lockhart. Lo que da significado al material es el análisis semántico, que atribuye al repaso de elaboración.

3 Es el repaso de elaboración, que añade un análisis semántico y facilita la retención a largo plazo.

4 La hipótesis de los niveles de procesamiento no habla de un repaso declarativo; solo distingue el de mantenimiento y el de elaboración.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 6, págs. 178 y 180.
Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 5, pág. 176.

EN EL ATLAS

Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base) y Fernández-Abascal Procesos (Consulta).

13

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 4

En el marco del estudio del "motivo de afiliación", McAdams (1980) intentó resaltar las experiencias positivas que permiten aumentar la calidad y armonía de las relaciones interpersonales; en este sentido se centró en el denominado:

1. Motivo de apego.
2. Motivo de vinculación emocional.
3. Motivo de empatía.
4. Motivo de intimidad. ✓

McAdams llamó motivo de intimidad a la cara positiva de la afiliación

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán explican que la **necesidad de afiliación** se ha estudiado a menudo como un motivo de evitación o de **miedo al rechazo**, lo que ayudaría a entender por qué las personas altas en afiliación no resultan más populares. Para resolver algunos de estos problemas, McAdams (1980, 1992) definió el **motivo de intimidad**, el deseo de establecer buenas relaciones interpersonales en las que se experimenta cariño, intimidad e intercambio de comunicación. La afiliación representaría sobre todo el deseo de no estar solo, y la intimidad, el disfrute del contacto y el deseo de mantenerlo. Sanz Aparicio y sus colaboradores lo presentan como la parte más positiva del motivo de afiliación.

1. Bermúdez y Sanz Aparicio atribuyen a McAdams el motivo de intimidad, y ninguno de los dos lo llama motivo de apego.
2. Tampoco habla de un motivo de vinculación emocional; el constructo que propuso es el motivo de intimidad.
3. La empatía no es el motivo que McAdams definió para resaltar el lado positivo de la afiliación.
4. Es el motivo de intimidad, el deseo de relaciones con cariño, intimidad y comunicación.

> **Ojo.** Bermúdez (2011), Base del tema H14, no describe el motivo de intimidad. Está en la obra de 2017 (vol. I, cap. 11), que el Atlas usa como Ampliación, y en Sanz Aparicio et al. (2019, cap. 5).

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. 11, apartado 4.2.2 (edición digital sin paginar). Sanz Aparicio, M. T., Menéndez Balaña, F. J. y Rivero Expósito, M. P. (2019). Fundamentos teóricos y prácticos de la motivación. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 110-111.

EN EL ATLAS

Tema H14 · Motivación y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2017 (Ampliación). Sanz Aparicio es Ampliación del tema I9 · Motivación.

14 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

En el campo de estudio del razonamiento condicional, se utiliza con frecuencia la tarea de selección de Wason (1966), que consiste en la presentación de unas tarjetas con diversos estímulos. ¿Cuántas tarjetas componen la tarea?:

1. Dos.
2. Tres.
3. Cuatro. ✓
4. Cinco.

La tarea de selección de Wason presenta cuatro tarjetas

González Labra describe la **tarea de selección de Wason** (1966) como la tarea paradigmática del razonamiento condicional. En su versión original, con contenido abstracto, se presentaban **cuatro tarjetas** con una letra por una cara y un número por la otra, junto con una regla condicional, por ejemplo «si hay una consonante por una cara, entonces hay un número impar por la otra». Los sujetos debían dar la vuelta a las tarjetas necesarias para saber si la regla era verdadera o falsa. Las cuatro tarjetas corresponden al **antecedente**, a su negación, al **consecuente** y a su negación. La respuesta normativa es elegir el antecedente y la negación del consecuente, pero la mayoría elige solo el antecedente, o el antecedente y el consecuente.

1. Con dos tarjetas no cabrían los cuatro casos que la tarea necesita: el antecedente, su negación, el consecuente y su negación.
2. Tres tarjetas dejarían fuera alguno de esos cuatro casos.
3. Son cuatro: dos letras, una consonante y una vocal, y dos números, uno impar y otro par.
4. La versión original no incluía una quinta tarjeta.

Para fijarlo. Cuatro tarjetas, P, E, 7 y 2, y casi nadie gira el 2, que es la que podría falsar la regla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 123.

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

15

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 1

Cuando los niños comienzan a hablar, en ocasiones usan una palabra para referirse a una familia de objetos parecidos (p. ej., llaman 'coche' a todos los vehículos con ruedas). Este fenómeno se denomina:

1. Extensión o sobreextensión. ✓
2. Generalización sintáctica.
3. Habla telegráfica.
4. Palabras pivote.

Llamar «coche» a cualquier vehículo con ruedas es una sobreextensión

García Madruga y Delval recogen en el cuadro 6.2 los fenómenos de la **adquisición temprana del léxico**. La **sobreextensión** consiste en usar una sola forma léxica para lo que está bien etiquetado con esa palabra y también, por error, para otros conceptos que **comparten ciertas propiedades**, como llamar perro a otros animales de cuatro patas y tamaño parecido. Su contrario es la **subextensión**, usar la palabra solo para una parte de su referente. Papalia y Martorell lo ilustran con un niño de 14 meses que llama abuelo a todos los hombres canosos, y sitúan estos errores entre las características del **habla inicial**, junto al habla telegráfica y la sobrerregularización.

1. Usar una palabra para una categoría demasiado amplia, cuyos miembros comparten rasgos con el referente correcto, es una sobreextensión.
2. El error del enunciado afecta al significado de la palabra, no a la sintaxis. Lo que Papalia y Martorell describen en el plano sintáctico es la sobrerregularización, extender una regla a palabras que no la siguen, como decir andó por anduvo.
3. El habla telegráfica es una forma temprana de frase que consta de unas pocas palabras esenciales, como «Abeda bade» por «Mi abuela barre el piso».
4. En la gramática pivote de Braine, las palabras pivote son unas pocas palabras muy frecuentes que se combinan con palabras abiertas en las emisiones de dos palabras. Describen la estructura de las primeras frases, no el significado de una palabra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 6, cuadro 6.2 y apartado sobre las primeras combinaciones de palabras (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 148-149.

EN EL ATLAS

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

16 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 4

Entre los 12 y 18 meses de vida, los bebés, en lugar de repetir conductas que producen consecuencias agradables, experimentan con nuevas conductas para ver lo que sucede. Este tipo de acciones se denominan:

1 Adaptación.

2 Asimilación.

3 Reacciones circulares secundarias.

4 Reacciones circulares terciarias. ✓

Experimentar con conductas nuevas para ver qué ocurre define las reacciones circulares terciarias

Papalia y Martorell describen la etapa sensoriomotriz de Piaget en **seis subetapas**. Buena parte del avance se debe a las **reacciones circulares**, con las que el bebé aprende a reproducir sucesos agradables o interesantes que primero ocurrieron por casualidad. En la quinta subetapa, de los **12 a los 18 meses**, los niños muestran curiosidad y **varían de manera deliberada sus acciones** para ver los resultados. Son las **reacciones circulares terciarias**, en las que cambian una acción para obtener un resultado parecido en lugar de limitarse a repetir una conducta agradable descubierta por accidente. Por primera vez muestran originalidad para resolver problemas, por ensayo y error.

1. Para Piaget, la adaptación es la forma en que los niños manejan la información nueva con base en lo que ya saben. Es un proceso general, no un tipo de conducta propio de los 12 a los 18 meses.
2. La asimilación consiste en tomar información nueva e incorporarla a las estructuras cognoscitivas previas; es uno de los dos procesos de la adaptación.
3. Las reacciones circulares secundarias son de los cuatro a los ocho meses: el bebé repite las acciones que producen resultados interesantes, con intención pero sin enfocarse directamente en una meta.
4. En la quinta subetapa el niño varía sus acciones de forma deliberada para ver qué ocurre: son las reacciones circulares terciarias.

> **Para fijarlo.** Primarias, sobre el propio cuerpo; secundarias, sobre los objetos; terciarias, probando variaciones para ver qué pasa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, tabla 5.2, págs. 130-131; cap. 2, pág. 30.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 33

17

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas

Respuesta correcta: 3

A la capacidad, desarrollada especialmente en la edad escolar, de evaluar una tarea cognitiva para determinar la mejor manera de realizarla y de controlar y supervisar su ejecución, se le denomina:

1 Acomodación.

2 Andamiaje.

3 Metacognición. ✓

4 Periodo operacional concreto.

Evaluar una tarea y supervisar cómo se ejecuta es metacognición

Gutiérrez Martínez recoge la definición clásica de Flavell: la **metacognición** es el conocimiento que uno tiene de sus propios procesos y productos cognitivos y, entre otras cosas, la **supervisión activa** y la consiguiente **regulación** de esos procesos al servicio de una meta. De ahí salen sus dos caras, el **conocimiento metacognitivo** y el **control metacognitivo**. Según el manual, el metaconocimiento aparece antes y la autorregulación se desarrolla después, pero ambos mejoran durante la infancia y su progreso se acelera en los años de la enseñanza primaria. Papalia y Martorell la definen como pensar sobre el pensamiento, algo que ayuda a los escolares a supervisar su comprensión.

1 La acomodación es el término de Piaget para el ajuste de las estructuras cognoscitivas a la información nueva. No implica evaluar ni supervisar la propia tarea.

2 El andamiaje es el apoyo temporal que padres, maestros u otras personas dan al niño para que domine una tarea. Es una ayuda externa, no una capacidad del propio niño.

3 Es la metacognición: pensar sobre el propio pensamiento para supervisar y regular la tarea.

4 Las operaciones concretas son la etapa de Piaget que empieza hacia los siete años, en la que el niño razona con lógica sobre problemas limitados a situaciones reales inmediatas. Es una etapa, no una capacidad de autoevaluación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gutiérrez Martínez, F. y Vila Chaves, J. Ó. (coords.) (2021). Psicología del desarrollo II (2.ª ed.). UNED. Cap. 7, apartado 2.1 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 266-267 y 280; cap. 2, págs. 30-31.

EN EL ATLAS

Tema J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas. Se estudia con Gutiérrez Martínez y Vila (Ampliación).

18 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 4

Si cuando ponemos a un bebé ante la técnica de laboratorio de la situación extraña vemos que no llora cuando es separado de su cuidador principal y no busca su contacto cuando regresa, su apego es del tipo:

1. Desorganizado.
2. Ambivalente.
3. Seguro.
4. Evasivo. ✓

El bebé que no llora al separarse y evita al cuidador cuando vuelve tiene un apego evasivo

Papalia y Martorell describen la **situación extraña** de Ainsworth, en la que la madre deja dos veces al bebé en una habitación desconocida. Lo diagnóstico es lo que hace el bebé cuando el cuidador **regresa**. Los bebés con **apego evasivo** no se muestran afectados cuando el cuidador sale o vuelve; siguen jugando y, cuando regresa, lo ignoran o rechazan, a veces alejándose de él. El glosario lo resume como un patrón en que es raro que el lactante llore al separarse del cuidador principal y **evita el contacto a su regreso**. Junto a él, Ainsworth describió el apego seguro y el ambivalente, y Main y Solomon añadieron el desorganizado-desorientado.

1. En el apego desorganizado-desorientado el bebé carece de una estrategia organizada y muestra conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas; parece confuso y temeroso.
2. El bebé ambivalente o resistente es muy reactivo a la salida del cuidador y, cuando este vuelve, sigue enojado mucho tiempo y es muy difícil de calmar.
3. El bebé seguro puede llorar cuando el cuidador se va, pero obtiene el consuelo que necesita cuando regresa y le expresa su preferencia en el reencuentro.
4. No llorar en la separación y evitar el contacto en el regreso es la definición de apego evasivo.

PATRONES DE APEGO EN LA SITUACIÓN EXTRAÑA

Patrón	Conducta del bebé
Seguro	A veces lloran cuando el cuidador se va, pero son capaces de obtener el consuelo que necesitan una vez que regresa
Evasivo	No se muestran afectados cuando el cuidador sale o regresa; cuando el cuidador regresa, lo ignoran o rechazan
Ambivalente (resistente)	Son extremadamente reactivos a la salida del cuidador; cuando regresa, siguen enojados mucho tiempo y son muy difíciles de calmar
Desorganizado-desorientado	Muestran conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas; parecen confusos y temerosos

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 6, págs. 171-172

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 171-172.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 37

19 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 3

Señale cómo se denomina la teoría que plantea que, a lo largo de la vida, las personas estamos rodeadas de círculos concéntricos de relaciones de mayor o menor grado de cercanía de los que emana el apoyo social en las transiciones vitales, las crisis, etc.:

1 La constancia socioemocional.

2 El amortiguador (o buffer) social.

3 La caravana (o convoy) social. ✓

4 La teoría del ciclo vital.

La caravana social son los círculos concéntricos de relaciones de los que obtenemos apoyo

Papalia y Martorell recogen la **teoría de la caravana social** de Kahn y Antonucci. Según ella, la gente avanza por la vida rodeada de **círculos concéntricos** de relaciones íntimas, amigos cercanos y familiares con distintos grados de cercanía, de los que depende para recibir **ayuda, bienestar y apoyo social**, y a los que ofrece a su vez cariño, interés y apoyo. Las características de la persona y de su situación influyen en el tamaño y la composición de esa caravana o red de apoyo. En la vejez, la mayoría de los adultos mayores conserva un círculo cercano y estable de caravanas sociales del que puede depender.

1 El manual no habla de constancia socioemocional. La teoría que presenta junto a la caravana es la de la selectividad socioemocional de Carstensen, según la cual, a medida que se acorta el tiempo de vida, se prefiere a las personas que cubren las necesidades emocionales inmediatas.

2 El manual no atribuye a ningún amortiguador social la imagen de los círculos concéntricos de relaciones, que es la que define la caravana.

3 Es la teoría de Kahn y Antonucci, con sus círculos concéntricos de relaciones de los que se recibe apoyo.

4 El ciclo vital da nombre al enfoque general del desarrollo con el que se abre el manual, no a una teoría sobre las redes de apoyo.

Trampa. La opción 1 suena a la teoría de la selectividad socioemocional, la otra que el manual explica junto a la caravana. Basta cambiar una palabra para tener un distractor creíble.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 478-479; cap. 18, pág. 545.

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

20

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 1

De acuerdo con E. Erikson, el reto evolutivo típico que se plantea a las personas en la adultez emergente es el siguiente:

1 Intimidad frente a aislamiento. ✓

2 Generatividad frente a estancamiento.

3 Productividad frente a desesperanza.

4 Orientación al presente frente a orientación al futuro.

La crisis de la adultez temprana es la de intimidad frente a aislamiento

En el enfoque psicosocial de Erikson, la **crisis normativa de la adultez temprana** es la de **intimidad frente a aislamiento**. Papalia y Martorell recuerdan que, para Erikson, resolver una crisis deja a la persona en buena posición para la siguiente: quien se forma un sólido sentido de sí mismo en la adolescencia, la etapa de la identidad, está mejor preparado para unir su identidad a la de otro. Hacia los 40 años llega la séptima etapa, **generatividad frente a estancamiento**, que consiste en encontrar significado en las contribuciones a la sociedad y en dejar un legado a las generaciones futuras.

1. Es la crisis que Erikson sitúa en la adultez temprana.
2. La generatividad frente a estancamiento es la séptima etapa, propia de la mediana edad. La tabla 2.2 del manual la llama creatividad frente a estancamiento.
3. No figura entre las etapas de Erikson de la tabla 2.2. La desesperación aparece en la última, integridad frente a desesperación.
4. La orientación al presente o al futuro no es ninguna de las crisis psicosociales de Erikson.

Ojo. El enunciado habla de adultez emergente. Papalia y Martorell sitúan esta crisis en la adultez temprana, dentro del capítulo dedicado a la adultez emergente y temprana; la clave no cambia.

Trampa. Generatividad y creatividad son sinónimos en las tablas de Erikson, y el examen suele jugar con la etapa vecina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 415; cap. 16, pág. 468; cap. 2, tabla 2.2, pág. 26.

EN EL ATLAS

Tema J10 · Adultez y vejez. Se estudia con Papalia y Martorell (Ampliación).

21

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J8 · Desarrollo moral

Respuesta correcta: 2

Cuando ante un dilema moral la persona enfatiza los principios y valores éticos universales, asumiendo incluso los costes personales que pudiera tener su decisión, nos encontramos ante un razonamiento moral:

1. Heterocéntrico.
2. Posconvencional. ✓
3. Convencional.
4. Posformal.

Razonar desde principios éticos universales aun pagando un coste es moralidad posconvencional

Kohlberg describió tres **niveles de razonamiento moral**, cada uno con dos etapas. En el **nivel posconvencional**, o de los principios morales autónomos, las personas reconocen conflictos entre normas morales y hacen sus propios juicios basándose en los **principios del bien, la igualdad y la justicia**. Su etapa más alta, la 6, es la **moralidad de los principios éticos universales**: se hace lo que en lo personal se considera correcto, sin importar las restricciones legales o las opiniones de otros. Por eso asumir costes personales para mantener esos principios es propio de este nivel. Según Papalia y Martorell, no se alcanza antes de la adolescencia temprana y, por lo regular, llega en la adultez temprana, si es que se logra.

1. «Heterocéntrico» no es ningún nivel de Kohlberg, que distingue moralidad preconvencional, convencional y posconvencional.
2. Es el nivel III, el de los principios morales autónomos, cuya etapa 6 se guía por principios éticos universales.
3. En la moralidad convencional las personas han interiorizado las normas de las figuras de autoridad y les preocupa ser buenas, agradar a los otros y mantener el orden social. No anteponen principios propios a las normas.
4. El pensamiento posformal es una forma de cognición adulta que combina la lógica con la emoción y la experiencia práctica; no es un nivel de razonamiento moral de Kohlberg.

NIVELES DE RAZONAMIENTO MORAL DE KOHLBERG

Nivel	Qué lo caracteriza
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
II. Moralidad convencional	Las personas han interiorizado las normas de las figuras de autoridad. Les preocupa ser buenas, agradar a los otros y mantener el orden social
III. Moralidad posconvencional	Las personas reconocen conflictos entre las normas morales y hacen sus propios juicios basándose en los principios del bien, la igualdad y la justicia

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 11, pág. 341

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; cap. 13, págs. 396-397.

EN EL ATLAS Tema J8 · Desarrollo moral. Papalia y Martorell no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 209

22 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje Anulada

Anulada

Con respecto de los síndromes afásicos corticales, señale la opción correcta:

1. La depresión y la hemiplejia derecha se encuentran entre los problemas característicos de la afasia transcortical mixta.
2. Las lesiones témporo-parietales y témporo-occipitales se relacionan con la afasia sensorial transcortical.
3. La repetición no está afectada en la afasia sensorial transcortical y en la afasia anómica amnésica.
4. La comprensión auditiva suele ser pobre en la afasia anómica amnésica.

La pregunta sobre los síndromes afásicos se anuló porque dos opciones coinciden con la tabla del manual

El Ministerio **anuló** la pregunta. La tabla 9.1 de Belloch, que resume los **síndromes afásicos corticales**, permite ver por qué no tenía una única respuesta. Para la **afasia sensorial transcortical** sitúa la lesión en zona **témporo-parietal y témporo-occipital**, como dice la opción 2, y le atribuye fluidez y repetición normales. Para la **afasia anómica amnésica** indica que la repetición es normal, así que la opción 3 también es verdadera. Las otras dos atribuyen a un síndrome rasgos que la tabla asigna a otro.

1. La depresión y la hemiplejia derecha figuran en la tabla como problemas característicos de la afasia global. En la transcortical mixta lo propio es la fluidez al repetir, a menudo ecolálica, con una emisión espontánea muy pobre.
2. Coincide con la localización que da la tabla 9.1 para la afasia sensorial transcortical.
3. También coincide con la tabla, que da repetición normal tanto en la afasia sensorial transcortical como en la anómica amnésica.
4. En la afasia anómica amnésica la comprensión auditiva suele ser normal; la que es pobre es la de la afasia sensorial transcortical.

TABLA 9.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNDROMES AFÁSICOS CORTICALES (EXTRACTO)

Síndrome	Lugar de la lesión	Comprensión auditiva	Otros problemas característicos
Afasia anómica amnésica	Témporo-occipital	Suele ser normal	Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia. La repetición es normal
Afasia sensorial transcortical	Témporo-parietal y témporo-occipital	Pobre	Fluidez y repetición normales. Anomia
Transcortical mixta	Zonas circundantes al córtex perisilviano	Muy deteriorada	Fluidez al repetir, pero muy pobre en la emisión espontánea
Afasia global	Afectaciones extensas frontales (área de Broca) y temporales (área de Wernicke)	Muy afectada	Depresión. Hemiplejia derecha

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 9, tabla 9.1, pág. 286

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 67, PIR 2025 · n.º 75

23 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 2

Señale en cuál de los siguientes modelos de regulación emocional se proponen tres componentes básicos, a saber, autocompasión, autoestímulo y autoinstrucción activa, para logar el autoapoyo efectivo:

1 Modelo de regulación emocional de Gross (1998, 2011).

2 Modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking y Whitley (2014). ✓

3 Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional de Hervás (2011).

4 El modelo de terapia dialéctica-conductual de Linehan (1993).

Autocompasión, autoestímulo y autoinstrucción activa forman el autoapoyo del modelo de Berking y Whitley

Belloch recoge el **modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones** de Berking y Whitley (2014), pensado para entender los déficits de regulación emocional de las personas con trastornos mentales. Concibe la regulación adaptativa como una interacción de **siete habilidades**. Como cada una puede aumentar el malestar a corto plazo, el modelo da un papel central a estabilizar el estado de ánimo con un **«auto-apoyo efectivo»**, que mantiene a la persona dentro de su ventana de tolerancia. Sus tres componentes son la **autocompasión**, el **auto-estímulo**, que consiste en calmarse y animarse a uno mismo, y la **autoinstrucción activa**, en la que el yo observador actúa como un coach del yo que sufre.

1 El modelo de Gross se centra en las estrategias de regulación, clasificadas en cinco grupos a lo largo de la generación de la emoción, y en su versión ampliada propone cuatro etapas. No habla de autoapoyo.

2 Es el modelo que propone esos tres componentes para lograr el autoapoyo efectivo.

3 El modelo de Hervás plantea seis tareas de procesamiento emocional, de la apertura a la modulación emocional.

4 Linehan parte del trastorno de la personalidad límite, en el que la persona experimenta emociones intensas que le resultan intolerables y dispone de pocos recursos para regularlas; de ahí deriva la terapia dialéctica-conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 356-359.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

24 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 1

Señale cuáles son las cuatro etapas del modelo ampliado de regulación emocional de Gross (2015):

1 Identificación, selección, implementación y monitorización. ✓

2 Conciencia, identificación y etiquetación, identificación de factores causales y mantenedores, y modificación activa de emociones.

3 Identificación, aceptación, afrontamiento y autoapoyo.

4 Apertura emocional, aceptación emocional, análisis emocional y modulación emocional.

El modelo ampliado de Gross encadena identificación, selección, implementación y monitorización

El modelo inicial de Gross se centraba en las estrategias de regulación emocional y en cómo se aplican. Gross (2015) lo amplió con **cuatro etapas**, con el acento puesto en los procesos de evaluación o valoración, porque cada etapa supone una decisión, consciente o no. En la **identificación** se decide si hay que regular el estado de ánimo presente. En la **selección** se elige la estrategia y se traslada a tácticas concretas. En la **implementación** se decide qué acciones tomar y se produce la regulación propiamente dicha. En la **monitorización** se actualizan las decisiones previas para mantener, cambiar o detener los esfuerzos.

1 Son las cuatro etapas del modelo ampliado, en ese orden.

2 Recoge cuatro de las siete habilidades del modelo de Berking y Whitley: ser consciente de las emociones, identificarlas y etiquetarlas, identificar qué las causa y mantiene, y modificarlas activamente.

3 Mezcla habilidades del modelo de Berking y Whitley, como aceptar y tolerar las emociones o afrontar las situaciones que las desencadenan, con el autoapoyo que ese mismo modelo considera central. No son etapas de Gross.

4 Apertura, aceptación, análisis y modulación emocional son tareas del modelo de procesamiento emocional de Hervás.

ETAPAS DEL MODELO AMPLIADO DE REGULACIÓN EMOCIONAL DE GROSS (2015)

Etapa	Qué se decide
Identificación	Se decide si se necesita regular o no el estado de ánimo presente
Selección	Se decide qué estrategia usar
Implementación	La persona decide qué acciones específicas tomar para llevar a cabo esa estrategia
Monitorización	Actualizaciones iterativas de las decisiones tomadas en las etapas previas para decidir si se mantienen los esfuerzos, se cambian o se detienen

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 11, pág. 357

Para fijarlo. Primero ves si hace falta regular, luego eliges cómo, después lo haces y al final compruebas si ha funcionado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 357-358.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

25 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 4

Respecto del trastorno facticio (DSM-5), señale la opción FALSA:

1 Los individuos con trastorno facticio impuesto a uno mismo o impuesto a otro corren el riesgo de experimentar un gran sufrimiento psicológico o deterioro funcional.

2 Entre los pacientes hospitalarios, se estima que alrededor del 1% puede tener presentaciones que cumplan los criterios de trastorno facticio.

3 Por lo que se refiere al curso del trastorno, la presentación más frecuente es en forma de episodios intermitentes.

4 Su inicio suele ser en la adolescencia. ✓

El trastorno facticio suele empezar en la edad adulta temprana

La pregunta busca la afirmación falsa. Según el DSM-5, el inicio del **trastorno facticio** se produce generalmente en la **edad adulta temprana**, a menudo después de una hospitalización por un problema médico o un trastorno mental; cuando se impone a otro, puede empezar tras la hospitalización de un hijo o de alguien a cargo. Las otras tres opciones copian el manual. Quienes lo padecen corren el riesgo de un **gran sufrimiento psicológico** o deterioro funcional, alrededor del **1 %** de los pacientes hospitalarios podría cumplir criterios y el curso suele darse en **episodios intermitentes**.

1 Es cierta. Aparece en las características asociadas que apoyan el diagnóstico.

2 Es cierta para el DSM-5, que estima alrededor del 1 % entre los pacientes del ámbito hospitalario.

3 Es cierta. El curso suele ser en episodios intermitentes, y los episodios únicos o persistentes sin remisión son menos frecuentes.

4 Es la falsa. El inicio se sitúa generalmente en la edad adulta temprana.

Trampa. Tres opciones copian frases del texto del DSM y la falsa cambia un solo dato, la edad de inicio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno facticio, págs. 325-326.

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 2021 · n.º 103

26 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Señale la opción FALSA respecto de la anorexia nerviosa (AN) (DSM-5):

1 La prevalencia a los 12 meses de la AN entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%.

2 La mayoría de los individuos con AN presenta una remisión a los 5 años del comienzo.

3 Los niveles de tiroxina (T4) en el suero están normalmente altos. ✓

4 El hallazgo más sobresaliente en la exploración física es la emaciación.

En la anorexia nerviosa la tiroxina sérica suele estar en un nivel normal-bajo

Entre los **marcadores diagnósticos** endocrinos de la **anorexia nerviosa**, el DSM-5 dice que los niveles de **tiroxina (T4)** suelen estar en un nivel **normal-bajo**, los de triyodotironina (T3) disminuidos y los de T3 inversa elevados. La opción 3, que los da por altos, es la falsa. Las otras tres son frases del mismo manual: la prevalencia a 12 meses del 0,4 % en mujeres jóvenes, la remisión de la mayoría a los 5 años del comienzo y la **emaciación** como hallazgo más sobresaliente de la exploración física.

1 Es la cifra del DSM-5, verdadera en su edición.

2 Es literal del apartado de desarrollo y curso del DSM-5.

3 Es falsa, porque la T4 suele estar en un nivel normal-bajo.

4 Es literal del apartado de marcadores diagnósticos.

ALGUNOS MARCADORES DE LABORATORIO DE LA ANOREXIA NERVIOSA (DSM-5)

Área	Hallazgo
Hematología	La leucopenia es frecuente; puede haber anemia leve, así como trombocitopenia
Bioquímica sérica	La deshidratación se puede evidenciar por un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre; es frecuente la hipercolesterolemia
Endocrino	Los niveles de tiroxina (T4) en el suero están normalmente en un nivel normal-bajo; los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos
Electrocardiografía	La bradicardia sinusal es común y rara vez se detectan arritmias
Masa ósea	A menudo se observa una baja densidad mineral ósea

Fuente: APA (2014), DSM-5, anorexia nerviosa, marcadores diagnósticos, pág. 343

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, prevalencia, curso y marcadores diagnósticos, págs. 341-343.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 160, PIR 2019 · n.º 127, PIR 2022 · n.º 143

27 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 3

Señale la opción correcta respecto de los menores que presentan trastorno del apego reactivo (DSM-5):

1 Suelen buscar consuelo cuando sienten malestar, pero de forma peculiar.

2 Los episodios de irritabilidad, tristeza o miedo no son evidentes.

3 Tienen la capacidad de crear apegos selectivos. ✓

4 Expresan emociones positivas de manera adecuada a sus figuras de apego.

Los niños con apego reactivo podrían crear apegos selectivos, pero no los muestran

El DSM-5 describe el **trastorno de apego reactivo** como la ausencia de apego o un apego muy poco desarrollado con los cuidadores. Aun así, se piensa que estos niños tienen la **capacidad de crear apegos selectivos**; lo que les ha faltado son oportunidades en el desarrollo temprano, y por eso no muestran manifestaciones de apego selectivo. Por la misma razón el diagnóstico exige una **edad de desarrollo de al menos 9 meses**. Los criterios A y B describen el resto del cuadro: el niño raramente busca consuelo o se deja consolar, tiene un afecto positivo limitado y presenta episodios inexplicados de irritabilidad, tristeza o miedo.

1. El criterio A1 dice que el niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
2. El criterio B3 exige que esos episodios sean evidentes incluso en interacciones no amenazadoras con los cuidadores.
3. Es la frase de las características diagnósticas del manual.
4. El criterio B2 habla de afecto positivo limitado, y el texto describe una expresión ausente o disminuida de las emociones positivas con los cuidadores.

Para fijarlo. En el apego reactivo la capacidad de vincularse está intacta; lo que faltó fue la ocasión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de apego reactivo, págs. 265-266.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 82, PIR 2023 · n.º 171, PIR 2025 · n.º 188, PIR 2020 · n.º 34

28

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 2

Los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático para niños mayores de 6 años (DSM-5) constan de una de las configuraciones sintomáticas siguientes:

1. Uno o más síntomas de intrusión, uno o más síntomas de evitación o alteración cognitiva y del estado de ánimo y dos o más síntomas de reactividad o alerta.
2. Uno o más síntomas de intrusión, uno o más síntomas de evitación, dos o más síntomas de alteraciones de la cognición y del estado de ánimo, y dos o más alteraciones de reactividad o alerta. ✓
3. Uno o más síntomas de intrusión, uno o más síntomas de evitación, uno o más síntomas de alteración cognitiva y del estado de ánimo y dos o más síntomas de reactividad o alerta.
4. Uno o más síntomas de intrusión, uno o más síntomas de evitación, uno o más síntomas de alteración cognitiva y del estado de ánimo, y uno o más síntomas de reactividad o alerta.

El TEPT pide un síntoma de intrusión, uno de evitación, dos cognitivo-afectivos y dos de alerta

En adultos, adolescentes y **niños mayores de 6 años**, el DSM-5 pide **uno o más** síntomas de **intrusión** (criterio B), una o las dos formas de evitación (criterio C), **dos o más** alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (criterio D) y **dos o más** alteraciones de la alerta y la reactividad (criterio E). La opción 1 describe los criterios de los **menores de 6 años**, en los que la evitación y la alteración cognitiva se reúnen en un solo criterio C que pide uno o más síntomas. Las opciones 3 y 4 rebajan a uno lo que exige dos.

1. Es la configuración de los criterios para menores de 6 años.
2. Es la combinación de los criterios B, C, D y E.
3. El criterio D pide dos o más síntomas.
4. Los criterios D y E piden dos o más síntomas cada uno.

CONFIGURACIÓN DE CRITERIOS DEL TEPT SEGÚN LA EDAD (DSM-5-TR)

Grupo de síntomas	Criterio (6 años o más)	Mínimo exigido (6 años o más)	Criterio (menores de 6 años)	Mínimo exigido (menores de 6 años)
Intrusión	B	Uno (o más) de los síntomas de intrusión	B	Uno (o más) de los síntomas de intrusión
Evitación	C	Una o las dos características	C	Uno (o más) de los síntomas siguientes
Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo	D	Dos (o más) de las características siguientes	C	Uno (o más) de los síntomas siguientes
Alerta y reactividad	E	Dos (o más) de las características siguientes	D	Dos (o más) de las características siguientes
Duración	F	Superior a 1 mes	E	Superior a 1 mes

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de estrés postraumático, criterios, págs. 301-304

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 271-274.

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 2021 · n.º 196, PIR 2015 · n.º 189, PIR 2016 · n.º 74

29

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de las siguientes opciones NO hace referencia a una similitud entre la CIE-11 y el DSM-5 para el caso del autismo:

1. Ambos manuales hacen referencia al autismo aludiendo al término “espectro autista”.
2. Ambos manuales lo incluyen en los trastornos del neurodesarrollo.
3. Ambos manuales incluyen 3 niveles para clasificar la gravedad del trastorno. ✓
4. Ambos manuales incluyen, como criterios nucleares, las dificultades para la comunicación e interacción social recíproca y los patrones restrictivos, repetitivos e inflexibles de comportamiento, intereses o actividades.

Los tres niveles de gravedad del autismo son propios del DSM-5 y la CIE-11 no los utiliza

Belloch y colaboradores recogen tres coincidencias entre las dos clasificaciones. Las dos han englobado los diagnósticos relacionados con el autismo en un único **trastorno del espectro del autismo**, lo consideran un **trastorno del neurodesarrollo** y agrupan sus síntomas nucleares en la interacción y la comunicación social y los **patrones restrictivos y repetitivos**. Los **niveles de gravedad** son una aportación del DSM-5, que intenta una aproximación dimensional y distingue tres grados según la ayuda que se necesita. La CIE-11 subdivide el trastorno de otra manera, según haya o no **trastorno del desarrollo intelectual** y según el estado del lenguaje funcional.

1. Es una coincidencia: las dos clasificaciones hablan de trastorno del espectro del autismo.
2. También coinciden en situarlo entre los trastornos del neurodesarrollo.
3. Los tres niveles de gravedad son del DSM-5. La CIE-11 clasifica los subtipos por la presencia de trastorno del desarrollo intelectual y por el deterioro del lenguaje funcional.
4. Es una coincidencia, porque en las dos el núcleo del diagnóstico son las dificultades de la comunicación e interacción social y los patrones restrictivos y repetitivos.

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. 464, 469 y 471. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del espectro autista, pág. 52. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6A02.

EN EL ATLAS

Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 30, PIR 2023 · n.º 31

30 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B23 · Introducción a los trastornos del neurodesarrollo

Respuesta correcta: 2

Señale qué trastorno NO pertenece a la categoría de los trastornos del neurodesarrollo según la CIE-11:

1 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

2 Trastorno de conducta disruptiva. ✓

3 Trastorno por movimientos estereotipados.

4 Trastorno del desarrollo de la coordinación motora.

La CIE-11 no incluye los problemas de comportamiento disruptivo entre los trastornos del neurodesarrollo

La CIE-11 define los **trastornos del neurodesarrollo** (6A00-6A0Z) como trastornos cognitivos y del comportamiento que surgen durante el período del desarrollo e implican dificultades significativas en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras, de lenguaje o sociales específicas. Solo incluye aquellos cuyas características fundamentales son del desarrollo neurológico. El grupo reúne, entre otros, el **trastorno del desarrollo de la coordinación motora** (6A04), el **trastorno por hiperactividad con déficit de la atención** (6A05) y el **trastorno por movimientos estereotipados** (6A06). Los problemas de comportamiento disruptivo forman otro grupo, los **trastornos de comportamiento disruptivo y disocial** (6C90-6C9Z).

1. El trastorno por hiperactividad con déficit de la atención (6A05) está dentro del grupo.
2. Los problemas de comportamiento disruptivo forman otro grupo de la CIE-11, los trastornos de comportamiento disruptivo y disocial (6C90-6C9Z), que reúne el trastorno desafiante y oposicionista y el trastorno de comportamiento disocial.
3. El trastorno por movimientos estereotipados (6A06) pertenece a los trastornos del neurodesarrollo.
4. El trastorno del desarrollo de la coordinación motora (6A04) también forma parte del grupo.

> **Ojo.** Los tics o trastornos por tics primarios se codifican fuera de este grupo, en 8A05.0; la propia CIE-11 lo advierte en la introducción de los trastornos del neurodesarrollo («codificado en otra parte»).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6A00-6A0Z (6A04, 6A05 y 6A06) y 6C90-6C9Z.

EN EL ATLAS: Tema B23 · Introducción a los trastornos del neurodesarrollo. Se estudia con CIE-11 (Ampliación).

31 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

Señale qué alteración formal del pensamiento presenta un paciente que muestra un discurso muy indirecto para contestar a las preguntas que se le formulan, aunque finalmente acaba contestando. Cuando explica algo aporta muchos detalles irrelevantes (pero con alguna relación con el tema principal), tediosos y, a veces, hace comentarios entre paréntesis excesivos:

1 Pérdida de meta.

2 Circunstancialidad. ✓

3 Habla distraída.

4 Descarrilamiento.

Dar muchos rodeos pero acabar contestando es circunstancialidad

Belloch describe la **circunstancialidad** como un discurso que se pierde en detalles innecesarios y a menudo irrelevantes, fluye de manera indirecta y **tarda mucho en alcanzar la meta**. Parece como si la persona no supiera diferenciar lo accesorio de lo importante. Se distingue del **descarrilamiento** por dos rasgos: a pesar de los excesivos paréntesis, la persona **alcanza la meta o propósito del discurso**, y los detalles, aunque irrelevantes, **guardan alguna relación con el tema principal**. El paciente del enunciado contesta de forma muy indirecta, pero acaba contestando, y sus detalles tienen que ver con el tema.

1. En la pérdida de meta la persona no consigue seguir una cadena de pensamientos hasta su conclusión: empieza con un tema, divaga y se aleja de él hasta no volver. El paciente del enunciado sí llega a contestar.
2. Es la circunstancialidad, con su discurso indirecto, sus paréntesis excesivos y una meta que al final se alcanza.
3. En el habla distraída la persona se detiene en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a estímulos inmediatos y nuevos, como algo que ve en la consulta.
4. En el descarrilamiento el paciente se va alejando del tema sin darse cuenta de que su respuesta tiene cada vez menos conexión con la pregunta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 234-236.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 143, PIR 2025 · n.º 81

32 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

¿Bajo qué tipo de delirio se engloban las experiencias de lectura del pensamiento, transmisión del pensamiento, robo del pensamiento y alienación del pensamiento?:

1 Delirio de suplantación.

2 Delirio de referencia o alusión.

3 Delirio de control o pasividad. ✓

4 Delirio de persecución.

Lectura, difusión, inserción y robo del pensamiento son formas del delirio de control

Belloch define los **delirios de control**, de ser controlado o de pasividad, como la experiencia de los propios sentimientos, impulsos, pensamientos o conductas como si no fueran propios, sino impuestos, influidos o controlados por una **fuerza externa**. Kurt Schneider los consideró síntomas de primer rango de la esquizofrenia. Cuando afectan al pensamiento adoptan varias formas: la **lectura** o irradiación, la **difusión** o transmisión, la **inserción** o alienación y el **robo** del pensamiento. Lo que las une es la interpretación de una experiencia de pasividad, porque la persona no siente que sea ella quien dirige partes importantes de su propia vida.

1 En el delirio de suplantación el paciente cree que una persona importante de su vida ha sido sustituida por un impostor idéntico. Es una falsa identificación delirante, no una experiencia sobre el propio pensamiento.

2 En el delirio de referencia o alusión la persona interpreta que gestos, comentarios o señales sin importancia se dirigen a ella o tienen un significado especial.

3 Es el delirio de control o pasividad, que en el ámbito del pensamiento adopta esas cuatro formas.

4 En el delirio de persecución la persona cree que los demás conspiran contra ella o la quieren engañar, atacar o perjudicar.

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. 259-261.

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

33 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

El fenómeno de kindling (sensibilización) en la depresión se refiere a que:

1 Cada episodio sucesivo depresivo parece cada vez más dependiente del anterior y menos ligado a factores estresantes.

2 Cada episodio sucesivo depresivo parece cada vez más dependiente del anterior y más ligado a factores estresantes.

3 Cada vez son necesarios más estresores para provocar reapariciones de episodios depresivos en personas con sesgos cognitivos no tratados.

4 Cantidades cada vez más pequeñas de estresores pueden disparar reacciones de una intensidad comparable a los anteriores episodios. ✓

En el kindling, estresores cada vez más pequeños bastan para desencadenar un nuevo episodio depresivo

El capítulo de Belloch sobre los trastornos depresivos señala que cada nuevo episodio supone un agravamiento progresivo del paciente. Además, cada episodio sucesivo parece cada vez más **«autónomo»**, menos ligado a factores estresantes. Esto se ha interpretado como un fenómeno de **kindling o sensibilización**: **cantidades cada vez más pequeñas de estresores** pueden disparar reacciones de una **intensidad comparable**. El manual añade que mínimas dosis de estresores pueden provocar la reaparición de episodios depresivos en personas con **sesgos cognitivos no tratados**.

1 Se parece a la observación del manual, pero la cambia. Los episodios sucesivos parecen cada vez más autónomos, no más dependientes del anterior, y esa autonomía se explica porque basta un estrés cada vez menor.

2 Contradice al manual dos veces, porque los episodios se vuelven más autónomos y cada vez menos ligados a los estresores.

3 Invierte la idea. El manual dice que mínimas dosis de estresores pueden provocar la reaparición de episodios en personas con sesgos cognitivos no tratados.

4 Es la definición de kindling o sensibilización que da el manual.

Ojo. La opción 1 está cerca del texto, que habla de episodios cada vez más «autónomos» o menos ligados a factores estresantes. Falla en «más dependiente del anterior», y el enunciado pregunta qué es el kindling, que el manual define con la frase de la opción 4.

Trampa. Las opciones 1 y 3 copian frases del mismo párrafo del manual con una palabra cambiada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 210.

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

34

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Qué caracteriza a la preocupación patológica (o worry)?:

1. Se experimenta como una autoafirmación negativa, autodespreciativa, automática, plausible y breve, que no se relaciona con la búsqueda de soluciones.
2. Se experimenta como una cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, que representa un intento improductivo de resolución mental de problemas futuros. ✓
3. Se experimenta como una cadena de pensamientos centrada de forma repetitiva y pasiva en los síntomas de malestar emocional, así como en sus posibles causas y consecuencias, y cuyo contenido también puede estar centrado en acontecimientos negativos del pasado.
4. Son creencias anómalas y extrañas que se mantienen con una convicción elevada.

La preocupación patológica es una cadena de pensamientos negativos que intenta resolver problemas futuros

Belloch recoge la definición clásica de Borkovec y colaboradores: la **preocupación** es una **cadena de pensamientos e imágenes**, cargada de afecto negativo y **relativamente incontrolable**, que representa un intento de **resolución mental de problemas** cuyo resultado es incierto pero puede ser negativo. Junto con la rumiación y los pensamientos automáticos negativos forma parte de los pensamientos repetitivos negativos. Lo que la distingue de la rumiación es su orientación hacia el **futuro**, hacia amenazas anticipadas, mientras que la rumiación mira sobre todo al pasado.

1. Describe los pensamientos automáticos negativos de Beck: autoafirmaciones negativas, autodepreciativas y breves que no guardan relación con la búsqueda de soluciones. El manual añade que el paciente los considera plausibles y razonables.
2. Es la definición de preocupación que recoge el manual.
3. Corresponde a la rumiación, que se centra de forma repetitiva y pasiva en el malestar y en sus causas y consecuencias, y está más orientada al pasado.
4. Es la definición de delirio: creencias anómalas que se mantienen con una gran convicción.

PENSAMIENTOS REPETITIVOS NEGATIVOS Y DELIRIO EN EL MANUAL DE BELLOCH

Fenómeno	Definición del manual
Preocupación (worry)	Cadena de pensamientos sobre el futuro, cargada de afecto negativo, relativamente incontrolable
Rumiación	Proceso de pensar de forma perseverante o repetitiva sobre las emociones negativas, los síntomas de malestar y los problemas, así como en sus posibles causas y consecuencias
Pensamientos automáticos negativos	Auto-afirmaciones negativas, auto-depreciativas, breves, repetitivas, que aparecen de forma repentina en el flujo de pensamientos
Delirio	Creencias anómalas en el sentido de que su contenido es extraño, improbable o absurdo y no compartido por los otros miembros del grupo social de referencia, a pesar de lo cual se mantienen con una gran convicción

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 8, págs. 243-244 y 254

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. 242-244 y 254.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 92

35 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes opciones hace referencia a una característica diferenciadora de los trastornos depresivos y los trastornos bipolares:

1. El tratamiento con antidepresivos tricíclicos es más eficaz en trastornos bipolares que en depresivos.
2. Los antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos son más frecuentes en los trastornos bipolares que en los depresivos. ✓
3. Las quejas somáticas son más frecuentes en los trastornos bipolares que en los depresivos.
4. Los episodios depresivos en el periparto son más comunes en los trastornos depresivos que en los bipolares.

Los antecedentes de trastornos anímicos en varias generaciones son más frecuentes en los trastornos bipolares

Belloch recuerda que la única dicotomía que ha sobrevivido en los sistemas de clasificación oficiales es la de **unipolar y bipolar**, una división puramente descriptiva. La **tabla 6.1** resume las características que diferencian ambos grupos. Entre las personales y familiares, los **antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos** son infrecuentes en los trastornos depresivos y **frecuentes en los bipolares**, igual que el riesgo de trastornos anímicos en los familiares, que es más alto en los bipolares. La misma tabla sirve para descartar las otras tres opciones.

1. La respuesta a los antidepresivos tricíclicos es buena en los trastornos depresivos y menos buena en los bipolares, en los que pueden provocar un cambio a hipomanía.
2. La tabla 6.1 los da como infrecuentes en los trastornos depresivos y frecuentes en los bipolares.
3. Las quejas somáticas, el insomnio, la pérdida de apetito o la ansiedad son más frecuentes en los trastornos depresivos.
4. Los episodios depresivos en el periparto son más comunes en los trastornos bipolares.

TABLA 6.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS BIPOLARES (EXTRACTO)

Característica	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos	Infrecuente	Frecuente
Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad	Más frecuentes	Menos frecuentes
Episodios depresivos en periparto	Menos común	Más común
Antidepresivos tricíclicos	Buena	Menos buena, puede cambiar a hipomanía

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

> **Trampa.** La tabla 6.1 da para muchas preguntas, y en este mismo examen la 39 sale de ella. Los distractores suelen cambiar de columna el dato de una fila.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 154, PIR 2024 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 113

36 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Señale la opción correcta respecto de los especificadores diagnósticos del trastorno de depresión mayor (DSM-5):

1 En remisión total: implica ausencia de síntomas significativos del trastorno en los últimos 3 meses.

2 Con características psicóticas: indica la presencia de alucinaciones y/o delirios congruentes siempre con el estado de ánimo.

3 Grave: puede emplearse en casos en los que se produce una interferencia notable en el funcionamiento social u ocupacional, entre otros criterios necesarios. ✓

4 Con características mixtas: supone la presencia de síntomas de ansiedad la mayoría de los días.

El especificador grave supone una interferencia notable en el funcionamiento social y laboral

El DSM-5 basa la **gravedad** en el número de síntomas, su intensidad y el grado de discapacidad funcional. Es **grave** cuando el número de síntomas supera notablemente al necesario, causan gran malestar no manejable e **interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral** (tabla). Los distractores alteran otros especificadores. La remisión total exige **2 meses**, las características psicóticas pueden ser **congruentes o no congruentes** con el ánimo y las características mixtas suponen síntomas **maníacos o hipomaníacos**, no ansiosos.

1 Son 2 meses sin signos ni síntomas significativos.

2 Los delirios y alucinaciones pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo; hay un especificador para cada caso.

3 Es parte de la definición de grave.

4 Las características mixtas son al menos tres síntomas maníacos o hipomaníacos; los síntomas de ansiedad definen el especificador con ansiedad.

ESPECIFICADORES DE GRAVEDAD Y REMISIÓN DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

Especificador	Definición
Leve	Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral
Moderado	El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para «leve» y «grave»
Grave	El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral
En remisión parcial	Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de 2 meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor
En remisión total	Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno

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

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, págs. 184-186 y 188.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 117, PIR 2023 · n.º 152

37 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Respecto de la Teoría de Redes (TR) sobre el diagnóstico en depresión, señale la opción correcta:

1 Concibe los problemas psicológicos como elementos emergentes de un trastorno o enfermedad latente.

2 Considera que los síntomas y sus retroalimentaciones dinámicas son en sí mismos el problema y no una entidad latente. ✓

3 Mantiene la idea de los sistemas politéticos de clasificación, tales como el DSM y la CIE.

4 La comorbilidad es entendida como la existencia de una serie de entidades esenciales que conectan dos tipos de redes de síntomas.

Para la teoría de redes, los síntomas y sus conexiones son el problema y no una entidad latente

Belloch presenta la **teoría de redes** como una alternativa conceptual a los sistemas diagnósticos actuales. Concibe los problemas psicológicos como **cadenas de síntomas causalmente relacionados** entre sí, y no como elementos emergentes de un trastorno o una enfermedad latente: los **síntomas y sus retroalimentaciones dinámicas** son en sí mismos el problema. Con el análisis de grafos identifica los **síntomas más centrales** de la red, por lo que rompe con la idea de los sistemas politéticos como el DSM y la CIE. La comorbilidad se explica por **síntomas puente** que conectan dos redes, sin suponer dos entidades esenciales que coexisten.

1 Es la concepción que la teoría de redes rechaza, la de los problemas psicológicos como elementos emergentes de una enfermedad latente.

2 Es la idea central de la teoría tal como la recoge el manual.

3 La teoría de redes rompe con los sistemas politéticos del DSM y la CIE, porque permite identificar los síntomas más centrales en lugar de dar a todos el mismo peso.

4 La comorbilidad se explica por síntomas puente entre dos redes; lo que la teoría niega es que haya dos entidades esenciales que coexisten.

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. 203-204.

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

38 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, ¿qué presentación NO se incluye en la categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado?:

1 Depresión con hipomanía mixta. ✓

2 Episodio hipomaníaco sin episodio previo de depresión mayor.

3 Ciclotimia de corta duración.

4 Episodios hipomaníacos de corta duración (2-3 días) y episodios de depresión.

La depresión con hipomanía mixta no figura entre los ejemplos de otro trastorno bipolar especificado

La categoría **otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado** se usa cuando el clínico quiere comunicar por qué la presentación no cumple los criterios de un trastorno bipolar concreto. El DSM-5 da cuatro ejemplos: **episodios hipomaníacos de corta duración (2-3 días)** y episodios de depresión mayor; episodios hipomaníacos con **síntomas insuficientes** y episodios de depresión mayor; **episodio hipomaníaco sin episodio previo de depresión mayor**, y **ciclotimia de corta duración** (menos de 24 meses). La «depresión con hipomanía mixta» no está en la lista.

1 No figura entre las presentaciones del DSM-5.

2 Es la tercera presentación de la lista.

3 Es la cuarta, con una duración inferior a 24 meses.

4 Es la primera presentación, con hipomanías de 2-3 días y episodios de depresión mayor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, pág. 148.

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

39 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes opciones hace referencia a una característica diferencial entre depresiones unipolares y trastornos bipolares:

1 La duración de los episodios depresivos es mayor en el trastorno bipolar.

2 Los síntomas atípicos son más frecuentes en el trastorno bipolar. ✓

3 La edad de inicio es mayor en el trastorno bipolar.

4 El retraso psicomotor es menos frecuente en el trastorno bipolar.

Los síntomas atípicos son más frecuentes en la depresión bipolar

La **tabla 6.1** de Belloch resume las características que diferencian los **trastornos depresivos** de los **bipolares**. En la historia natural, los **síntomas atípicos**, como la hipersomnia, los síntomas psicóticos o el retardo psicomotor, son **más frecuentes en los bipolares**, mientras que las quejas somáticas, el insomnio, la pérdida de apetito o la ansiedad lo son en los depresivos. La tabla también indica que en los bipolares la edad media de comienzo es más temprana, unos 20 años frente a 35, y que el episodio depresivo dura de media menos, unos 4 meses frente a 8.

1. La duración media del episodio depresivo es menor en los trastornos bipolares, unos 4 meses frente a 8 en los depresivos.
2. La tabla 6.1 los da como más frecuentes en los trastornos bipolares.
3. La edad media de comienzo es menor en los trastornos bipolares, unos 20 años frente a 35.
4. El retardo psicomotor es uno de los ejemplos de síntomas atípicos que da la tabla, y estos son más frecuentes en los trastornos bipolares.

TABLA 6.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS BIPOLARES (EXTRACTO)

Característica	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Duración media del episodio depresivo (meses)	8	4
Existencia de síntomas atípicos (p. ej., hipersomnio, psicóticos, retardo psicomotor)	Menos frecuentes	Más frecuentes
Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad	Más frecuentes	Menos frecuentes

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

Trampa. La opción 4 separa el retardo psicomotor del resto de síntomas atípicos para invertir su frecuencia.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 154, PIR 2024 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 113

40

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

Respecto del trastorno ciclotímico (DSM-5), señale la afirmación correcta:

1. Durante un periodo de dos años, los síntomas no han estado presentes durante más de tres meses seguidos.
2. Se deben cumplir los criterios para episodio depresivo, maníaco o hipomaníaco.
3. En población general, el trastorno ciclotímico es más frecuente en mujeres que en hombres.
4. En los niños, la edad promedio de inicio del trastorno son los 6 años y medio. ✓

El DSM-5 situaba en seis años y medio la edad promedio de inicio del trastorno ciclotímico en los niños

En el apartado de desarrollo y curso del **trastorno ciclotímico**, el DSM-5 dice que **en los niños** la **edad promedio de inicio** son los **6 años y medio**. Los criterios desmontan las otras opciones. Durante los 2 años (uno en niños y adolescentes) los síntomas han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo **no ha estado sin síntomas más de 2 meses seguidos** (B), y **nunca** se han cumplido los criterios de un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco (C). En la población general el trastorno es igualmente frecuente en hombres y mujeres; en los ambientes clínicos acuden más las mujeres.

1. El criterio B fija en 2 meses el máximo de tiempo seguido sin síntomas.
2. El criterio C exige que nunca se hayan cumplido los criterios de un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco.
3. En la población general es igualmente frecuente en hombres y mujeres; la mayor proporción de mujeres se observa en los ambientes clínicos.
4. Es el dato del DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno ciclotímico, págs. 139-141.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 86, PIR 2018 · n.º 106

41 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Según el grupo de Öst, y respecto de los trastornos fóbicos:

1. La adquisición se produce, sobre todo, por condicionamiento o experiencia directa. ✓
2. La adquisición se produce, sobre todo, por aprendizaje vicario.
3. La adquisición se produce, sobre todo, por transmisión de información de tipo negativo.
4. Las personas no pueden recordar el origen de su fobia.

Según los datos de Öst, la mayoría de las fobias se adquieren por condicionamiento directo

Belloch resume en la **figura 2.1** los datos de Öst y otros autores sobre cómo se adquieren distintos tipos de fobias. Las vías son la **experiencia directa**, es decir, el **condicionamiento clásico**, y dos indirectas, la **experiencia vicaria** y la **transmisión de información**. La primera es la causa de la mayor parte de las fobias, incluidas la fobia social y la agorafobia. Las fobias a los animales son las que más se asocian a factores distintos del condicionamiento: en ellas el aprendizaje vicario llega al 27 %, frente al 39 % del condicionamiento, y un 26 % de los pacientes no recuerda el origen de su miedo.

1. Es lo que muestran los datos: la vía directa de condicionamiento desempeña el papel más relevante.
2. El aprendizaje vicario solo se acerca al condicionamiento en las fobias a los animales, y aun ahí queda por debajo.
3. La transmisión de información es una vía indirecta que, según el manual, parece más relevante en los miedos subclínicos que en las fobias.
4. El manual dice que bastantes individuos no recuerdan cómo adquirieron su fobia, no que nadie lo recuerde.

Trampa. La opción 4 extiende a todos lo que el manual afirma de «bastantes individuos». Las afirmaciones absolutas suelen ser el distractor.

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. 41-42.

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

Respuesta correcta: 4

Según el grupo de trabajo sobre cogniciones obsesivas compulsivas (OCCWG, 1997, 2005), ¿cuál de las siguientes NO es una creencia disfuncional propia del trastorno obsesivo-compulsivo?:

1 Sobrevaloración de la importancia del pensamiento.

2 Responsabilidad exagerada.

3 Intolerancia a la incertidumbre.

4 Pensamiento dicotómico. ✓

El pensamiento dicotómico no figura entre las creencias disfuncionales del OCCWG

El **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group** (OCCWG), liderado por Steketee y Frost, consensuó las áreas de creencias que podrían estar implicadas en la génesis del TOC y acordó tratarlas en términos dimensionales. Belloch recoge **seis dimensiones**: sobrevalorar la importancia del pensamiento, la importancia de controlar los pensamientos, sobrevalorar el peligro o las amenazas, la responsabilidad excesiva, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo. Una misma persona puede mantener varias de estas creencias, a menudo encadenadas, sobre una misma obsesión. El **pensamiento dicotómico** no está en la lista.

1 Sobrevalorar la importancia del pensamiento es la primera de las dimensiones del OCCWG e incluye la fusión pensamiento-acción.

2 La responsabilidad excesiva es otra de las seis dimensiones.

3 La intolerancia a la incertidumbre también figura en la lista.

4 El pensamiento dicotómico no está entre las creencias consensuadas por el grupo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 159-161.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

43

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, el trastorno de acumulación:

1. Se considera un especificador del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
2. Requiere necesariamente la adquisición excesiva de cosas que no se necesitan o para las que no se dispone de espacio.
3. La acumulación es motivada por el deterioro cognitivo.
4. Requiere necesariamente que exista dificultad persistente para deshacerse o renunciar a las posesiones. ✓

El trastorno de acumulación exige dificultad persistente para deshacerse de las posesiones

El **criterio A** del **trastorno de acumulación** es la **dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones**, independientemente de su valor real, y constituye su característica esencial. La **adquisición excesiva** es un **especificador**: aparece en el 80-90 % de los casos, pero no es obligatoria. El criterio F excluye el diagnóstico si la acumulación se explica mejor por otro trastorno, como el déficit cognitivo de un trastorno neurocognitivo mayor. Es un trastorno independiente dentro del capítulo del TOC y trastornos relacionados.

1. Es un trastorno propio del capítulo del TOC y trastornos relacionados. Belloch recuerda que la acumulación sigue figurando entre los criterios del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, pero eso no la convierte en un especificador suyo.
2. La adquisición excesiva es un especificador que se indica cuando está presente.
3. Si la acumulación se debe al déficit cognitivo de un trastorno neurocognitivo mayor, el criterio F excluye el diagnóstico.
4. Es el criterio A.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de acumulación, págs. 247-248. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 138.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 156

44

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Cuáles de los siguientes síntomas aparecen entre los requeridos para la definición de un ataque de pánico según criterios DSM-5?:

1. Temblor o sacudidas y gritos o llanto incontrolables.
2. Parestesias y dolor de cabeza.
3. Escalofríos o sensación de calor y miedo a perder el control o a volverse loco. ✓
4. Tensión muscular y sensación de dificultad para respirar o asfixia.

Los escalofríos y el miedo a perder el control cuentan entre los síntomas del ataque de pánico

El **ataque de pánico** del DSM-5 exige **cuatro o más de trece síntomas**, once físicos y dos cognitivos. Entre los físicos están los **escalofríos o la sensación de calor**, las palpitaciones, el temblor, la sensación de dificultad para respirar o de asfixia y las parestesias. Los cognitivos son el **miedo a perder el control** o a «volverse loco» y el miedo a morir. Una nota advierte que los **síntomas específicos de la cultura**, como los acúfenos, el dolor de cuello, el dolor de cabeza y los gritos o el llanto incontrolable, no cuentan como uno de los cuatro requeridos.

1. El temblor o las sacudidas cuentan, pero los gritos o el llanto incontrolable son síntomas específicos de la cultura que no se incluyen entre los cuatro requeridos.
2. Las parestesias cuentan, pero el dolor de cabeza es otro de los síntomas específicos de la cultura.
3. Los dos son síntomas de la lista, uno físico y otro cognitivo.
4. La sensación de dificultad para respirar o de asfixia está en la lista, pero la tensión muscular pertenece al criterio C del trastorno de ansiedad generalizada.

SÍNTOMAS DEL ATAQUE DE PÁNICO EN EL DSM-5

Grupo	Síntomas
Once de estos 13 síntomas son físicos	Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblor o sacudidas; sensación de dificultad para respirar o de asfixia; sensación de ahogo; dolor o molestias en el tórax; náuseas o malestar abdominal; sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo; escalofríos o sensación de calor; parestesias; desrealización o despersonalización
Dos son cognitivos	Miedo a perder el control o a «volverse loco» y miedo a morir
Síntomas específicos de la cultura	Acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable; no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos

Fuente: APA (2014), DSM-5, Especificador del ataque de pánico, pág. 214

Trampa. Cada distractor junta un síntoma verdadero con otro que no cuenta, así que hay que comprobar los dos elementos de cada opción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificador del ataque de pánico, pág. 214; trastorno de ansiedad generalizada, pág. 222.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 47

45 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes NO es un criterio para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social según el DSM-5?:

1. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional. ✓
2. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y el contexto sociocultural.
3. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y duran típicamente seis o más meses.
4. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.

Reconocer que el miedo es excesivo dejó de ser un criterio del trastorno de ansiedad social con el DSM-5

El DSM-IV exigía que los adolescentes y adultos con **fobia social**, hoy trastorno de ansiedad social, **reconocieran que su temor era excesivo o irracional** (criterio C). El DSM-5 suprime ese requisito y lo sustituye por el **juicio del clínico**. El **criterio E** pide que el miedo o la ansiedad sean desproporcionados a la amenaza real y al contexto sociocultural, y el texto explica que, como estas personas tienden a sobrestimar las consecuencias negativas, es el clínico quien decide si la reacción es desproporcionada. Las otras tres opciones reproducen los criterios E, F y B del DSM-5.

1. Era el criterio C del DSM-IV y ya no figura en el DSM-5.
2. Es el criterio E.
3. Es el criterio F.
4. Es el criterio B.

Trampa. En las preguntas de «cuál no es un criterio» suele colarse un criterio de la edición anterior, como el reconocimiento del carácter excesivo del miedo.

Para fijarlo. Desde el DSM-5 el paciente no tiene que ver su miedo como excesivo; lo valora el clínico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, págs. 202-204. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Fobia social, págs. 421 y 427.

EN EL ATLAS

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

46

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Según los modelos cognitivos que explican la adquisición y mantenimiento de las fobias (p. ej., los modelos de Reiss), ¿cuál de los siguientes aspectos ocupa un papel central?:

1 La autofocalización de la atención.

2 La intolerancia a la incertidumbre y a la activación fisiológica.

3 Las expectativas de peligro y de ansiedad. ✓

4 Las metacogniciones.

En el modelo de expectativa de Reiss lo central son las expectativas de peligro y de ansiedad

Belloch explica que para explicar la adquisición del miedo puede no ser necesaria la asociación por contigüidad EC-EI. Basándose en el **neocondicionamiento pavloviano**, Reiss (1980) elaboró un modelo según el cual lo que se aprende en el condicionamiento son **expectativas** sobre la ocurrencia de un evento, por lo que suele llamarse **modelo de expectativa**. Distingue entre **expectativas de peligro**, sobre un daño del medio externo, y **expectativas de ansiedad**, sobre la posibilidad de experimentar ansiedad o estrés. Más tarde Reiss y McNally (1985) introdujeron la **sensibilidad a la ansiedad**, que en la revisión de 1991 pasó a ser el aspecto nuclear del modelo.

1 El manual estudia la autofocalización de la atención sobre todo en el trastorno de ansiedad social. El modelo de expectativa de Reiss no la recoge entre sus conceptos (tabla 2.4).

2 La intolerancia a la incertidumbre figura en el manual entre los constructos transdiagnósticos de los trastornos emocionales y da nombre al modelo del TAG de Dugas. Tampoco forma parte del modelo de expectativa.

3 El modelo de Reiss gira en torno a las expectativas de peligro y de ansiedad.

4 Las metacogniciones son el eje del modelo metacognitivo del TAG de Wells, un modelo distinto del de Reiss.

Ojo. En la revisión de 1991 el aspecto nuclear del modelo pasó a ser la sensibilidad a la ansiedad (tabla 2.4). La opción 3 recoge la formulación original de las expectativas, que es lo que pide el enunciado.

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. 42-43 y tabla 2.4.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

47 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes síntomas se incluye entre los requeridos para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5?:

1 Sensación de pérdida de control.

2 Palpitaciones.

3 Dolor o molestias en el tórax.

4 Irritabilidad. ✓

La irritabilidad es uno de los síntomas del criterio C del trastorno de ansiedad generalizada

El **criterio C** del **trastorno de ansiedad generalizada** recoge seis síntomas, que son la inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, la facilidad para fatigarse, la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, la **irritabilidad**, la tensión muscular y los problemas de sueño. Los otros tres síntomas de las opciones pertenecen al **ataque de pánico**, que son las palpitaciones, el dolor o las molestias en el tórax y el **miedo a perder el control**. El manual añade que los síntomas de hiperactividad vegetativa son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en el de pánico.

1 La sensación de pérdida de control corresponde al miedo a perder el control o a «volverse loco», uno de los dos síntomas cognitivos del ataque de pánico.

2 Las palpitaciones son el primer síntoma de la lista del ataque de pánico.

3 El dolor o las molestias en el tórax también pertenecen a la lista del ataque de pánico.

4 Es el cuarto síntoma del criterio C.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad generalizada, págs. 222-223; especificador del ataque de pánico, pág. 214.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 78, PIR 2018 · n.º 115, PIR 2020 · n.º 49, PIR 2022 · n.º 44

48 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 1

En el marco de los trastornos parafílicos (DSM-5), señale la opción FALSA:

1 Se mantiene la categoría diagnóstica de fetichismo travestista. ✓

2 El trastorno de fetichismo incluye el parcialismo.

3 El trastorno masoquista sexual tiene la asfixiofilia como posible especificador.

4 El trastorno de travestismo tiene el fetichismo como posible especificador.

El DSM-5 cambió el fetichismo travestista por el trastorno de travestismo

Belloch enumera los cambios del DSM-5 en este capítulo. En el DSM-IV-TR existía el **fetichismo travestista**, separado del fetichismo; el DSM-5 los mantiene separados, pero el nombre pasa a ser solo **travestismo**, así que la categoría de fetichismo travestista no se mantiene. Otros cambios son que el trastorno de fetichismo incluye ahora el **parcialismo**, el interés específico en una parte concreta del cuerpo, que el masoquismo sexual admite el especificador **con asfixiofilia** y que el trastorno de travestismo puede aplicarse a hombres y mujeres. Según los criterios del DSM-5, sus especificadores son **con fetichismo** y con autoginofilia.

1. Es la falsa. La categoría cambia de nombre y en el DSM-5 se llama trastorno de travestismo.
2. El DSM-5 dice que la definición del trastorno de fetichismo «reincorpora» el parcialismo.
3. El masoquismo sexual puede especificarse con asfixiofilia, cuando el individuo busca la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.
4. El trastorno de travestismo se especifica con fetichismo (tejidos, materiales o prendas de vestir) o con autoginofilia (pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer).

ESPECIFICADORES PROPIOS DE TRES TRASTORNOS PARAFÍLICOS EN EL DSM-5

Trastorno	Especificador
Trastorno de masoquismo sexual	Con asfixiofilia: si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración
Trastorno de fetichismo	Parte(s) del cuerpo; objeto(s) inanimado(s); otro
Trastorno de travestismo	Con fetichismo: si la excitación sexual se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir
Trastorno de travestismo	Con autoginofilia: si la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer

Fuente: APA (2014), DSM-5, trastornos parafílicos, págs. 694, 700 y 702

Ojo. El DSM-5 dice que el parcialismo se consideraba antes un «trastorno parafílico no especificado»; el DSM-5-TR lo precisa como «parafilia no especificada» del DSM-IV-TR (pág. 797). Los especificadores no cambian (págs. 788, 796 y 798).

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. 463. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de masoquismo sexual, pág. 694; trastorno de fetichismo, págs. 700-701; trastorno de travestismo, pág. 702.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 108, PIR 2021 · n.º 112

49

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 4

En cuanto a la clasificación de las disfunciones sexuales en el DSM-5, señale la opción FALSA:

1. Desaparece la etiqueta de trastorno por aversión al sexo como categoría independiente.
2. Engloba los problemas relacionados con la repuesta sexual o con el dolor asociado a la actividad sexual bajo la categoría de disfunciones sexuales.
3. Los problemas relacionados con la reducción o ausencia del interés/excitación/deseo sexual se abordan en 2 categorías diferentes, una para el caso femenino y otra para el masculino.
4. Desaparece la categoría de disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. ✓

El DSM-5 mantiene la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

La pregunta busca la afirmación falsa. Belloch resume los cambios del DSM-5 en la clasificación de las disfunciones sexuales, y uno de ellos contradice la opción 4: **sí se incluye** una categoría de **disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos**, y lo que desaparece es el **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Las otras tres opciones son cambios reales. Desaparece el **trastorno por aversión al sexo** como categoría independiente, los problemas de la respuesta sexual y del dolor asociado se agrupan como **disfunciones sexuales**, y el deseo bajo se aborda por separado en hombres y mujeres.

1. Es cierta. La aversión al sexo deja de ser categoría independiente y se registra como otra disfunción sexual especificada.
2. Es cierta. El DSM-5 usa la etiqueta «disfunciones sexuales» para los problemas de la respuesta sexual y del dolor asociado a la actividad sexual.
3. Es cierta. Hay un trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón y un trastorno del interés/excitación sexual femenino.
4. Es la falsa. La disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos sigue en el DSM-5 y en el DSM-5-TR.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 444. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Disfunciones sexuales, págs. 423 y 446.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 202, PIR 2016 · n.º 82, PIR 2020 · n.º 77

50 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

Según la CIE-11, ¿cuál de los siguientes diagnósticos NO se incluye en el capítulo 17 bajo la denominación de Condiciones relacionadas con la salud sexual?:

1 Discordancia de género.

2 Trastornos parafílicos. ✓

3 Disfunciones sexuales.

4 Trastornos sexuales por dolor.

Los trastornos parafílicos no están en el capítulo de salud sexual de la CIE-11

Belloch recuerda que la CIE-11 dedica su **capítulo 17** a las **condiciones relacionadas con la salud sexual**. Entre sus grupos de nivel superior están los tres que mencionan las otras opciones: las **disfunciones sexuales** (HA00-HA0Z), los **trastornos sexuales por dolor** (HA20-HA2Z) y la **discordancia de género** (HA60-HA6Z), además de los cambios en la anatomía genital. Los **trastornos parafílicos** (6D30-6D3Z) se codifican en otra parte, dentro del capítulo 6 de trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, y el capítulo 17 los remite allí.

1. La discordancia de género forma parte del capítulo 17 (HA60-HA6Z).
2. Los trastornos parafílicos (6D30-6D3Z) siguen en el capítulo de trastornos mentales, y el capítulo 17 los señala como codificados en otra parte.
3. Las disfunciones sexuales (HA00-HA0Z) están en el capítulo 17.
4. Los trastornos sexuales por dolor (HA20-HA2Z) también están en el capítulo 17.

> **Trampa.** El capítulo 6 remite al 17 las disfunciones sexuales y la discordancia de género, pero conserva los trastornos parafílicos. Es la diferencia que aprovecha la pregunta.

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. 442 y tabla 14.1, pág. 443. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo 17 (HA00-HA8Z) y 6D30-6D3Z.

EN EL ATLAS

Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y CIE-11 (Ampliación).

51

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Comparativamente con la esquizofrenia, ¿cuál de estas afirmaciones NO es cierta respecto al trastorno esquizofreniforme?:

1. El inicio es más rápido.
2. El inicio suele tener una fase prodrómica muy breve.
3. Hay una mayor convicción, extensión y presión de las ideas. ✓
4. Los síntomas negativos son menores.

En el trastorno esquizofreniforme la convicción delirante es menor que en la esquizofrenia

Belloch recuerda que Langfeldt propuso esta categoría como una **esquizofrenia aguda de mejor pronóstico**. Comparado con la esquizofrenia, el **inicio es más rápido**, con una **fase prodrómica muy breve**. En general, el grado de desorganización, los **síntomas negativos** y la bizarría del delirio son menores, y también hay **menor convicción, extensión y presión de las ideas**. La opción 3 dice lo contrario, así que es la afirmación falsa que pide el enunciado.

1. Es verdadera, porque comparado con la esquizofrenia el inicio es más rápido.
2. También es verdadera, porque el inicio se acompaña de una fase prodrómica muy breve.
3. Es falsa, porque el manual habla de menor convicción, extensión y presión de las ideas.
4. Es verdadera, porque los síntomas negativos son menores que en la esquizofrenia.

Trampa. Pregunta en negativo. Tres opciones copian el manual y la cuarta invierte una de sus comparaciones.

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. 358.

EN EL ATLAS

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

52 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de estas afirmaciones NO es cierta con respecto a la fase residual de la esquizofrenia?:

1 Se produce una predominancia de los síntomas positivos frente a los negativos. ✓

2 En ocasiones quedan síntomas positivos, pero acompañados de crítica.

3 La dimensión afectiva puede tener una importante presencia.

4 Se estima hasta un 80% de probabilidades de recaída en los cinco primeros años del primer episodio.

En la fase residual de la esquizofrenia dominan los síntomas negativos

Belloch describe la **fase residual** como la que se inicia con la **recuperación de la crítica** de lo que la persona experimenta. Suelen dominar los **síntomas negativos**, aunque a veces quedan síntomas positivos acompañados de crítica. La **dimensión afectiva**, sobre todo los síntomas depresivos, puede tener una presencia importante y aumenta el riesgo de suicidio. El manual estima hasta un **80 % de probabilidades de recaída** en los cinco primeros años tras el primer episodio. La opción 1 invierte el predominio, así que es la falsa.

1 Es falsa, porque en la fase residual suelen dominar los síntomas negativos, no los positivos.

2 Es verdadera: a veces quedan síntomas positivos, pero con crítica, y el manual habla de hasta un 20 % con alucinaciones y ciertos pensamientos particulares.

3 Es verdadera, porque la dimensión afectiva, sobre todo los síntomas depresivos, puede tener una presencia importante.

4 Es verdadera: el manual estima hasta un 80 % de probabilidades de recaída en los cinco primeros años del primer episodio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 357.

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

53 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál NO es una de las principales aseveraciones del modelo de Zubin para la esquizofrenia?:

1 Ninguna de las variables postuladas por los modelos parciales es necesaria ni suficiente para explicar el trastorno.

2 La esquizofrenia no es el cuadro tan maligno, persistente y deteriorante que se pensaba.

3 El trastorno tiene un curso crónico. ✓

4 Si pudiéramos identificar marcadores de vulnerabilidad e intervenir sobre ellos, prevendríamos los episodios iniciales y los recurrentes.

Para el modelo de Zubin la esquizofrenia es episódica y no crónica

El **modelo de vulnerabilidad-estrés** de Zubin y Spring (1977) explica la psicosis por la interacción entre una **vulnerabilidad** estable y los estresores ambientales. Fonseca recoge entre sus supuestos que los períodos de trastorno son **episódicos y limitados en el tiempo**. Caballo y sus colaboradores resumen sus implicaciones clínicas: ninguna variable de los modelos parciales es necesaria ni suficiente; la esquizofrenia no es tan maligna, persistente y deteriorante como se pensaba; el trastorno es episódico; el tratamiento puede dirigirse a las contingencias que elicitan la vulnerabilidad; y, si se identificaran **marcadores de vulnerabilidad**, se prevendrían los episodios. Para este modelo la **cronicidad** es un artefacto psicosocial.

1 Es la primera implicación clínica del modelo, que considera suficiente la interacción de varias variables.

2 Es la segunda implicación, según la cual la esquizofrenia no es el cuadro tan maligno, persistente y deteriorante que se pensaba.

3 Es la afirmación que no corresponde al modelo, que considera el trastorno episódico y la cronicidad un artefacto psicosocial.

4 Es la quinta implicación: identificar marcadores de vulnerabilidad e intervenir sobre ellos permitiría prevenir los episodios iniciales y los recurrentes.

Ojo. La lista de implicaciones clínicas que copian las opciones está en la 2.ª edición de Caballo et al. (2014, cap. 14, pág. 412). La 3.ª edición (2024), que el Atlas usa como Consulta del tema B19, ya no la recoge. Fonseca (2019) describe los supuestos del modelo con otras palabras, entre ellos el carácter episódico del trastorno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 1, págs. 50-51. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, pág. 412.

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

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es una característica principal que debe estar presente en la variante logopénica de la afasia primaria progresiva?:

1 Errores fonológicos en habla espontánea y nominación.

2 Alteración de la capacidad de denominar objetos.

3 Ausencia de agramatismo puro.

4 Deterioro en repetición de expresiones y frases. ✓

En la variante logopénica son obligatorios el fallo para recuperar palabras y el de repetición

Belloch resume en la **tabla 17.5** los criterios de Gorno-Tempini et al. (2011) para las tres variantes de **afasia primaria progresiva**. En la **variante logopénica** deben estar presentes las dos características principales: el **deterioro para recuperar palabras sueltas**, tanto en el habla espontánea como en la nominación, y el **deterioro en la repetición** de expresiones y frases. Además se exigen al menos tres de cuatro rasgos, entre ellos los errores fonológicos y la ausencia de agramatismo puro. La atrofia o el hipometabolismo se sitúan en las cortezas perisilviana posterior o parietal izquierda.

1 Los errores fonológicos en el habla espontánea y la nominación forman parte de la variante logopénica, pero como uno de los rasgos de apoyo, no como característica principal.

2 La alteración de la capacidad de denominar objetos es una característica principal de la variante semántica.

3 La ausencia de agramatismo puro es otro de los rasgos de apoyo de la logopénica, no una característica que deba estar presente.

4 El deterioro en la repetición de expresiones y frases es una de las dos características principales que deben estar presentes.

TABLA 17.5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS TRES VARIANTES DE AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA

Variante	Características principales	Además	Pruebas de neuroimagen
No-fluente-agramática	Al menos una de las siguientes características principales debe estar presente: agramatismo en la producción del lenguaje; habla laboriosa y dificultosa, con tanteos e interrupciones en el habla. Puede asociarse a distorsiones y cambios en la prosodia (Apraxia del habla)	Y dos de las siguientes: deterioro de la comprensión de oraciones complejas; la comprensión de palabras aisladas está preservada; el conocimiento de objetos está preservado	Atrofia (IRM), hipometabolismo o hipoperfusión en la corteza fronto insular izquierda (SPECT o PET)
Logopénica	Las dos características principales siguientes deben estar presentes: deterioro para recuperar palabras sueltas tanto en el habla espontánea como en la nominación; deterioro en repetición de expresiones y frases	Y al menos tres de los siguientes: errores fonológicos (parafasias) en habla espontánea y nominación; conocimiento de objetos y comprensión de palabras sueltas conservados; producción del habla preservada a nivel motor; ausencia de agramatismo puro	Atrofia (IRM), hipometabolismo o hipoperfusión en las cortezas perisilviana posterior o parietal izquierda (SPECT o PET)
Semántica	Las dos características principales siguientes deben estar presentes: alteración de la capacidad de denominar objetos; alteración de la capacidad de la comprensión de palabras sueltas	Y al menos tres de los siguientes: conocimiento de objetos alterado, sobre todo aquellos poco familiares o poco frecuentes; alexia superficial o agrafía; repetición de palabras preservada; ausencia de alteraciones motoras del habla (a nivel gramático y motor)	Atrofia (IRM), hipometabolismo o hipoperfusión en la parte anterior de los lóbulos temporales (SPECT o PET)

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 17, tabla 17.5, pág. 533 (resumido y adaptado de Gorno-Tempini et al., 2011)

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

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

55

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

¿Qué demencias comparten la pérdida de neuronas dopaminérgicas (área tegmental) y colinérgicas (prosencéfalo basal)?:

1. Demencia tipo enfermedad de Hungtinton y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.
2. Demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Hungtinton.
3. Demencia por cuerpos de Lewy y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. ✓
4. Demencia vascular y demencia por cuerpos de Lewy.

La demencia por cuerpos de Lewy y la asociada al Parkinson comparten la pérdida dopaminérgica y colinérgica

Belloch explica que la **demencia por cuerpos de Lewy** y la **demencia asociada a la enfermedad de Parkinson** son síndromes clínicamente similares que comparten cambios neuropatológicos: el **depósito de alfa-sinucleína** en los cuerpos de Lewy, la **pérdida de neuronas dopaminérgicas** del área tegmental y la de **neuronas colinérgicas** del prosencéfalo basal. Además pueden coexistir con patología de tipo Alzheimer. El curso del deterioro cognitivo y el tiempo de aparición de la demencia son los rasgos que más las distinguen. En la de cuerpos de Lewy el deterioro intelectual va ligado en el tiempo a los trastornos del movimiento, y en la del Parkinson aparece años después de los síntomas motores.

1. La enfermedad de Huntington afecta sobre todo a los ganglios basales, en particular al estriado, y se asocia con una demencia subcortical; el manual no le atribuye esta patología compartida con el Parkinson.
2. La demencia vascular figura en el manual como no neurodegenerativa, con la demencia multiinfarto y la enfermedad de Binswanger como ejemplos.
3. Son las dos demencias a las que el manual atribuye ese sustrato común.
4. La tabla 17.1 clasifica la demencia vascular entre las no neurodegenerativas. El sustrato común que describe el manual corresponde a la demencia por cuerpos de Lewy y a la asociada a la enfermedad de Parkinson.

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 531-532.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 57, PIR 2025 · n.º 73, PIR 2025 · n.º 136

Respuesta correcta: 1

¿En qué tipo de demencia resulta más definitorio el deterioro de las funciones ejecutivas (perseverancia, desinhibición, desorganización y dificultad en la toma de decisiones), procesamiento enlentecido y déficits relacionados con la atención?:

1. Demencia tipo enfermedad de Hungtinton. ✓
2. Parálisis supranuclear progresiva.
3. Demencia frontotemporal.
4. Enfermedad de Pick.

La demencia subcortical de la enfermedad de Huntington destaca por el deterioro ejecutivo

Belloch describe la **enfermedad de Huntington** como una entidad hereditaria, autosómica dominante y neurodegenerativa que afecta a los **ganglios basales**, sobre todo al estriado, y suele desarrollarse entre los 30 y los 40 años. Se asocia con una **demencia de tipo subcortical** en la que destacan el **deterioro de las funciones ejecutivas** (perseverancia, desinhibición, desorganización y dificultad en la toma de decisiones), el **procesamiento enlentecido** y los déficits de atención. El enunciado reproduce esa descripción. Puede aparecer un compromiso de la memoria, pero su afectación no suele ser prominente en las fases iniciales.

1. Es la descripción que el manual da de la demencia asociada a la enfermedad de Huntington.
2. En la parálisis supranuclear progresiva los aspectos más distintivos son la parálisis supranuclear vertical, con anormalidades en la mirada hacia abajo, y la inestabilidad postural asociada a caídas inexplicables. También tiene dificultades ejecutivas y un procesamiento más lento, pero el enunciado copia la descripción de la enfermedad de Huntington.
3. La demencia frontotemporal afecta a las áreas frontales y temporales de la corteza y suele aparecer de forma precoz, entre los 40 y los 65 años. Sus síntomas cardinales son los cambios en el comportamiento y la afectación del lenguaje.
4. Los cuerpos de Pick son una de las alteraciones neuropatológicas de la demencia frontotemporal, de modo que esta opción remite a la misma demencia cortical que la anterior.

Ojo. Según el mismo capítulo, otras dos opciones comparten parte del cuadro. La parálisis supranuclear progresiva cursa con dificultades en el funcionamiento ejecutivo, problemas de atención y procesamiento más lento (pág. 533), y en la variante conductual de la demencia frontotemporal aparece un deterioro progresivo de las funciones ejecutivas asociado con la conducta desinhibida (pág. 532). La clave se sostiene porque el enunciado reproduce la descripción de la enfermedad de Huntington.

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. 532-533.

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

57 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál sería una de las causas adquiridas potencialmente reversibles en las demencias?:

1 Atrofia olivo-ponto-cerebelosa.

2 Enfermedad tiroidea. ✓

3 Enfermedad de Binswanger.

4 Enfermedad priónica familiar.

La enfermedad tiroidea es una causa adquirida y potencialmente reversible de demencia

Belloch explica que las demencias causadas por un proceso degenerativo del cerebro, como la de tipo Alzheimer, son **irreversibles**, pero que un diagnóstico etiológico preciso permite identificar enfermedades tratables en las que la demencia es **potencialmente reversible**, la mayoría de origen **endocrino o metabólico**. La **tabla 17.1** clasifica las etiologías. Entre las **causas adquiridas potencialmente reversibles** están las metabólicas, como la **enfermedad tiroidea**, la toxicidad por medicamentos, el déficit de vitamina B12 o la hidrocefalia.

1 La atrofia olivo-ponto-cerebelosa figura entre las enfermedades neurodegenerativas.

2 La enfermedad tiroidea es una causa metabólica, dentro de las adquiridas potencialmente reversibles.

3 La enfermedad de Binswanger aparece en la tabla como demencia vascular, dentro del grupo no neurodegenerativo, y no entre las causas reversibles.

4 La enfermedad priónica familiar es neurodegenerativa; la esporádica figura entre las causas infecciosas.

TABLA 17.1. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS (EXTRACTO)

Grupo	Ejemplos que aparecen en la pregunta
A. Enfermedades neurodegenerativas	Atrofia olivo-ponto-cerebelosa; enfermedad priónica familiar
B. No neurodegenerativas	Demencia vascular (multi-infarto, enfermedad de Binswanger)
C. Causas adquiridas (potencialmente reversibles)	Metabólicas (enfermedad tiroidea, hepática, niveles de calcio)

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 17, tabla 17.1, pág. 525

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. 525 y tabla 17.1.

EN EL ATLAS

Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

58 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

La propuesta alternativa de la sección III del DSM-5 para los trastornos de la personalidad incluye la valoración dentro del funcionamiento interpersonal (criterio A) de:

1 La empatía y la intimidad. ✓

2 El autoconcepto y la autodirección.

3 Las relaciones interpersonales y la desregulación emocional.

4 La identidad y la autodirección.

El funcionamiento interpersonal del criterio A se valora con la empatía y la intimidad

El **criterio A** del modelo alternativo evalúa en un continuo el nivel de funcionamiento de la personalidad. El DSM-5 lo divide en dos áreas, el funcionamiento con uno mismo (**self**), que implica la identidad y la autodirección, y el **funcionamiento interpersonal**, que incluye la **empatía** y la **intimidad**. La Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad usa esos cuatro elementos para distinguir cinco niveles de deterioro, del 0 al 4, y el diagnóstico de un trastorno de la personalidad exige al menos un deterioro moderado.

1. Son los dos elementos del funcionamiento interpersonal de la tabla 1.
2. La autodirección pertenece al funcionamiento del self, y el otro elemento del self que da la tabla es la identidad, sin mención del autoconcepto.
3. Ninguno de los cuatro elementos se llama así. La capacidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales forma parte de la definición de identidad.
4. Identidad y autodirección son los dos elementos del self; el área interpersonal reúne la empatía y la intimidad.

TABLA 1 DEL DSM-5. ELEMENTOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD (EXTRACTO)

Área	Elemento	Definición (extracto)
Self	Identidad	La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación
Self	Autodirección	Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida
Interpersonal	Empatía	Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista
Interpersonal	Intimidad	La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía

Fuente: APA (2014), DSM-5, Sección III, modelo alternativo, tabla 1, pág. 762

Trampa. Los distractores toman los elementos del self (opciones 2 y 4) o rótulos que suenan al modelo pero no están en la tabla (opción 3).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, tabla 1, pág. 762.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 60, PIR 2025 · n.º 159

59 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

La sustancia que en el caso de empezar a consumirla antes de los 16 años parece incrementar el riesgo de padecer tumor de testículos en varones es:

1 La cocaína.

2 El LSD.

3 El alcohol.

4 El cannabis. ✓

Empezar a consumir cannabis antes de los 16 años se asocia a un mayor riesgo de tumor de testículos

Belloch señala que la **edad de inicio** del consumo de **cannabis** se considera hoy un factor determinante de la aparición y la gravedad de sus consecuencias negativas. **Empezar antes de los 16 años** tiene repercusiones importantes: la cronicidad posterior, el aumento de problemas físicos, como el **riesgo de padecer tumor de testículos**, y distintos trastornos mentales (Becoña et al., 2020). El manual añade otros efectos del consumo, como el empeoramiento de la cognición y la concentración, los problemas respiratorios y el debatido síndrome amotivacional.

1 El manual no asocia el tumor de testículos al consumo temprano de cocaína.

2 El manual tampoco relaciona el LSD con el tumor de testículos.

3 El dato está en el apartado del cannabis; el del alcohol no lo recoge.

4 Es el ejemplo de problema físico que el manual vincula al consumo de cannabis antes de los 16 años.

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. 499.

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

60 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Respecto del trastorno de pica (DSM-5), señale la opción correcta:

1. Se observa el consumo persistente de sustancias no nutritivas aunque sean alimentarias.
2. Se recomienda una edad mínima de 1 año para su diagnóstico.
3. Las sustancias normalmente ingeridas tienden a variar con la edad y la disponibilidad de las mismas. ✓
4. La incidencia es muy superior en varones.

Las sustancias que se ingieren en la pica varían con la edad y la disponibilidad

La **pica** se define en el DSM-5 por la ingestión persistente de sustancias **no nutritivas y no alimentarias** durante al menos un mes (criterio A), inapropiada para el grado de desarrollo y ajena a prácticas culturales normativas. El manual añade que las sustancias ingeridas **tienden a variar con la edad y con la disponibilidad**, desde papel, jabón o pelo hasta tierra, tiza, almidón o hielo. Recomienda una **edad mínima de 2 años** para excluir el hábito normal de llevarse objetos a la boca, y señala que la pica se produce en ambos sexos.

1. El término «no alimentarias» se incluye para excluir la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo.
2. La edad mínima recomendada son 2 años.
3. Es literal del DSM-5.
4. El DSM-5 dice que se produce tanto en el sexo masculino como en el femenino.

> **Ojo.** El DSM-5-TR añade datos que el DSM-5 no daba: una prevalencia de aproximadamente un 5 % en niños de edad escolar y la presencia de pica en alrededor de un tercio de las embarazadas (pág. 372).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pica, págs. 329-331.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 196

61 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B25 · Trastornos del aprendizaje

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una especificación indicada en el diagnóstico del trastorno específico del aprendizaje, según el DSM-5, en cuanto al área académica o subaptitud afectada?:

1 Con dificultades en la lectura.

2 Con dificultad en la expresión escrita.

3 Con dificultad matemática.

4 Con dificultad en la expresión oral. ✓

El trastorno específico del aprendizaje se especifica en lectura, expresión escrita y matemáticas

El **trastorno específico del aprendizaje** del DSM-5 obliga a especificar todas las **áreas académicas** y subaptitudes alteradas con tres especificadores. **Con dificultades en la lectura** incluye la precisión, la velocidad o fluidez y la comprensión; **con dificultad en la expresión escrita**, la corrección ortográfica, la corrección gramatical y de la puntuación y la claridad u organización, y **con dificultad matemática**, el sentido de los números, la memorización de operaciones aritméticas, el cálculo correcto o fluido y el razonamiento matemático. La **expresión oral** no figura entre ellos.

1 Es el especificador que incluye la precisión, la velocidad o fluidez y la comprensión de la lectura.

2 Es el especificador que incluye la ortografía, la gramática y la puntuación, y la claridad u organización de lo escrito.

3 Es el tercer especificador, que abarca el sentido de los números, el cálculo y el razonamiento matemático.

4 No es un especificador del trastorno específico del aprendizaje. Las dificultades del lenguaje hablado se recogen en los trastornos de la comunicación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno específico del aprendizaje, pág. 67.

EN EL ATLAS: Tema B25 · Trastornos del aprendizaje. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

62 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

Según la CIE-11, en la anorexia nerviosa el punto de corte del Índice de Masa Corporal para determinar un peso corporal significativamente bajo es:

1 En adultos, inferior a 18,5; en niños (IMC para la edad), por debajo del percentil 7.

2 En adultos, inferior a 17,5; en niños (IMC para la edad), por debajo del percentil 8.

3 En adultos, inferior a 18,5; en niños (IMC para la edad), por debajo del percentil 5. ✓

4 En adultos, inferior a 18; en niños (IMC para la edad), por debajo del percentil 5.

La CIE-11 toma como umbral un IMC inferior a 18,5 en adultos y el percentil 5 en niños

La **CIE-11** describe la **anorexia nerviosa** (6B80) por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo, y propone como umbral comúnmente utilizado un **IMC inferior a 18,5 kg/m²** en adultos y un IMC para la edad por debajo del **percentil 5** en niños y adolescentes. Son las mismas referencias que el DSM-5 atribuye a los CDC y a la OMS. La CIE-11 añade que una pérdida rápida de peso, por ejemplo de más del 20 % en seis meses, puede sustituir a esa pauta de bajo peso.

1 Acierta el 18,5 de los adultos, pero el percentil infantil es el 5.

2 El 17,5 era la cifra de la CIE-10; la CIE-11 la sube a 18,5.

3 Son los dos umbrales de la CIE-11.

4 Acierta el percentil 5, pero el umbral adulto es 18,5.

Trampa. El 17,5 de la opción 2 es el umbral de la CIE-10, el que la pregunta de 2017 daba por bueno.

Para fijarlo. La CIE-11 marca otro corte por debajo: un IMC inferior a 14,0 en adultos señala el peso corporal peligrosamente bajo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6B80 y 6B80.1. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, pág. 340.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con CIE-11 (Ampliación) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 126, PIR 2017 · n.º 58

63 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

En el modelo jerárquico de disociación de van der Hart, van der Kolk y Boon (1996), ¿qué implica la disociación primaria?:

1 El procesamiento fragmentado del acontecimiento traumático. ✓

2 Percibir el acontecimiento sin experimentar un impacto emocional completo.

3 El desarrollo de identidades separadas.

4 Percibir el acontecimiento experimentando un impacto emocional completo.

En el modelo jerárquico de van der Hart, la disociación primaria es el procesamiento fragmentado del trauma

Belloch recoge que muchos acercamientos actuales relacionan los trastornos disociativos con **acontecimientos traumáticos** y con la tendencia a escapar psicológicamente de recuerdos aversivos. Van der Hart, van der Kolk y Boon (1996) propusieron un **modelo jerárquico** que clasifica la disociación patológica en **tres niveles**. La **disociación primaria** implica el procesamiento fragmentado, no integrado, del acontecimiento traumático. La **secundaria** se produce cuando la persona percibe el acontecimiento sin experimentar un impacto emocional completo. La **terciaria** supone el desarrollo de identidades separadas.

1. Es la disociación primaria, el primer nivel del modelo.
2. Percibir el acontecimiento sin un impacto emocional completo es la disociación secundaria.
3. El desarrollo de identidades separadas es la disociación terciaria.
4. Experimentar el impacto emocional completo no es ningún nivel de disociación; la secundaria se define por lo contrario.

MODELO JERÁRQUICO DE DISOCIACIÓN DE VAN DER HART, VAN DER KOLK Y BOON (1996)

Nivel	Qué implica
Disociación primaria	El procesamiento fragmentado (no integrado) del acontecimiento traumático
Disociación secundaria	La persona percibe el acontecimiento sin experimentar un impacto emocional completo
Disociación terciaria	El desarrollo de identidades separadas

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2008), vol. II, cap. 8, pág. 227

Ojo. El modelo está en la 2.ª edición de Belloch (2008), que el Atlas usa como Ampliación del tema B17. La edición de 2020, Base del tema, ya no lo recoge. Trae otra propuesta del mismo autor, la teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2006), que separa una parte emocional de la personalidad y una personalidad aparentemente normal (vol. II, cap. 8, pág. 262).

Para fijarlo. Primero se fragmenta el recuerdo, luego se apaga la emoción y por último se divide la identidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 227.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

64 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

De acuerdo con la teoría de Kihlstrom para los trastornos disociativos, estos son considerados trastornos de:

1 La identidad.

2 La memoria. ✓

3 La integración.

4 La representación.

Kihlstrom entiende los trastornos disociativos como trastornos de la memoria

Según Belloch, Kihlstrom ofrece un mecanismo alternativo para la disociación. Discute que estos trastornos se entiendan principalmente como trastornos de la **identidad** y de la **integración del sí mismo**, y prefiere entenderlos como **trastornos de memoria**, porque lo que se disocia de la experiencia consciente es parte del historial de la persona, su **memoria autobiográfica**. Apoyándose en los modelos de memoria como red asociativa, propone que el mecanismo central es la **pérdida de conexión** entre las memorias autobiográficas y la representación mental del sí mismo. En la fuga o la personalidad múltiple se crearían nuevas representaciones del sí mismo que controlan el acceso a distintos conocimientos autobiográficos.

1 Kihlstrom discute que se entiendan principalmente como trastornos de la identidad.

2 Prefiere entenderlos como trastornos de la memoria, centrados en la memoria autobiográfica.

3 También discute que sean ante todo trastornos de la integración del sí mismo.

4 El manual no atribuye a Kihlstrom la idea de trastornos de la representación; la representación del sí mismo es la pieza de su modelo de memoria cuya conexión con los recuerdos se pierde.

Ojo. Como el modelo de van der Hart de la pregunta 63, la teoría de Kihlstrom está en la edición de 2008 de Belloch, Ampliación del tema B17, y no en la de 2020.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 226-227.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

65 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos · Anulada

Anulada

¿Cuáles son los fenómenos centrales del concepto de disociación de Hilgard?:

1 Inconsciencia y control involuntario.

2 Consciencia y control involuntario.

3 Inconsciencia y control voluntario.

4 Consciencia y control voluntario.

Para Hilgard la disociación gira en torno a la consciencia y el control voluntario, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Belloch (2008) expone la **teoría neodisociativa** de Hilgard: la mente consta de estructuras cognitivas jerarquizadas bajo una estructura ejecutiva que supervisa y controla. Si se rompe la conexión entre esa estructura superior y las subordinadas, disminuye el **control voluntario** o se reduce el grado normal de **consciencia** de lo que se procesa, y las acciones se perciben como involuntarias. El manual lo resume diciendo que los fenómenos centrales del concepto son la consciencia y el control voluntario. El motivo de la anulación no consta en el corpus.

1 El manual no habla de inconsciencia ni de control involuntario como fenómenos centrales, aunque describe que en la disociación las acciones se perciben como involuntarias.

2 Combina la consciencia, que sí es uno de los dos fenómenos, con el control involuntario, que es la vivencia que produce la disociación y no el fenómeno con el que el manual la define.

3 El manual nombra el control voluntario, pero junto a la consciencia. Lo que puede reducirse en la disociación es el grado normal de consciencia.

4 Clave provisional. Reproduce la frase con la que el manual cierra la exposición de Hilgard.

Ojo. La frase del manual es la de la opción 4, pero la misma página describe la disociación como una disminución del control voluntario o una reducción del grado normal de consciencia, con acciones que se viven como involuntarias. Esa descripción puede hacer que otras combinaciones parezcan defendibles; el corpus no aclara si ese fue el motivo de la anulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 225-226.

EN EL ATLAS

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

66 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

Desde el modelo del condicionamiento, por lo que se refiere a las víctimas de agresiones sexuales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1 Las víctimas están más temerosas y ansiosas que las no víctimas. ✓

2 La exposición repetida a la agresión sexual disminuiría la magnitud del miedo.

3 La ansiedad anticipatoria no propicia la evitación de situaciones lúdicas.

4 Las situaciones ansiógenas se relacionan con estímulos incondicionados a la violación.

Según el modelo de condicionamiento, las víctimas de agresiones sexuales están más temerosas y ansiosas

Belloch (2008) explica el **trastorno de estrés postraumático** con los **modelos de condicionamiento**. Las vivencias del suceso traumático (dolor, falta de control, amenaza) actúan como estímulos incondicionados, y lo que estaba presente en la situación (la oscuridad, los ruidos, la actividad sexual) se convierte en **estímulo condicionado** que dispara ansiedad. Para las víctimas de agresiones sexuales, el manual recoge cuatro predicciones de Kilpatrick (1992). La primera es que las víctimas están **más temerosas y ansiosas** que las no víctimas, y que la exposición repetida a la agresión aumenta la magnitud del miedo.

1. Es la primera predicción del modelo, tal como la formula el manual.
2. Invierte la predicción. Según el manual, la exposición repetida a la agresión sexual aumenta la magnitud del miedo.
3. El manual dice lo contrario. La ansiedad anticipatoria propicia conductas de evitación ante situaciones lúdicas y de relación interpersonal, y la reducción del ocio facilita a su vez la depresión.
4. Las situaciones ansiógenas se relacionan con estímulos condicionados a la violación, que pueden ser muy numerosos por la generalización de estímulos.

Ojo. El modelo de Kilpatrick solo está en la edición de 2008 de Belloch; la de 2020, que es la Base del tema B12, no lo recoge.

Trampa. Tres opciones copian las predicciones del manual con una palabra cambiada: «disminuiría» por «aumenta», «no propicia» por «propicia» e «incondicionados» por «condicionados».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 143-144.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores. Belloch 2008 no es fuente de este tema.

67 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

En el síndrome de las piernas inquietas:

1. Se produce malestar en las piernas y ocasionalmente en los brazos o el tronco, afectando negativamente a la capacidad para dormir. ✓
2. El empeoramiento nocturno de los síntomas es dependiente de la fatiga durante el día.
3. Los síntomas se exacerban cuando el paciente está en continuo movimiento.
4. Los pacientes evitan el movimiento como vía de alivio o eliminación de los síntomas.

Las piernas inquietas producen un malestar que altera el sueño

El criterio A del DSM-5 exige una **necesidad urgente de mover las piernas**, generalmente acompañada de sensaciones desagradables, que empieza o **empeora en reposo**, se **alivia con el movimiento** y es peor por la tarde o por la noche. El texto precisa que el deseo puede afectar a las piernas o a los brazos y que el empeoramiento vespertino aparece **con independencia de la actividad**. Entre sus consecuencias más frecuentes están las **alteraciones del sueño**: más tiempo para dormirse, sueño fragmentado y menos sueño total.

1. Es la opción que recoge el malestar y su efecto sobre el sueño.
2. El empeoramiento vespertino aparece de manera independiente de cualquier diferencia en la actividad.
3. El criterio A1 dice que la necesidad de mover las piernas empieza o empeora durante el reposo o la inactividad.
4. El movimiento alivia la necesidad de mover las piernas, parcial o totalmente (criterio A2).

Ojo. El DSM habla de las piernas o los brazos; el tronco que menciona la opción 1 no aparece en el manual. La clave se apoya en la parte de la frase que sí recoge: malestar y alteración del sueño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Síndrome de las piernas inquietas, págs. 410-413.

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

68 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Según el informe sobre el consumo de drogas que elabora la Oficina sobre Drogas y Crimen de Naciones Unidas (2016), ¿cuál es la ratio de personas entre 16 y 64 años que han consumido al menos una droga ilegal en el último año?:

1 Una de cada 20 de esas personas. ✓

2 Una de cada 50 de esas personas.

3 Una de cada 100 de esas personas.

4 Una de cada 200 de esas personas.

Uno de cada 20 adultos ha consumido al menos una droga en el último año

En el apartado de epidemiología del capítulo de adicciones a sustancias, Belloch (2020) subraya la **dimensión global** del consumo de drogas. Actualmente, **uno de cada 20 adultos**, de **15 a 64 años**, ha consumido al menos una droga en el último año. El manual añade que unos **30 millones** de personas en el mundo sufren un trastorno por consumo de sustancias, de las cuales unos 12 millones se las inyectan. Para comparar países remite a los informes anuales del Observatorio Europeo y de la UNODC, la agencia de Naciones Unidas.

1 Coincide con la proporción que da el manual.

2 Una de cada 50 personas no es la cifra del manual, que habla de una de cada 20.

3 Una de cada 100 subestima la cifra que recoge el manual.

4 Una de cada 200 tampoco aparece en el capítulo; la proporción citada es de una de cada 20.

Ojo. El enunciado habla de 16 a 64 años y atribuye el dato al informe de la UNODC de 2016. Belloch da la franja de 15 a 64 años y no cita el informe concreto; la diferencia no afecta a la clave. La 4.ª ed. de Belloch (2024) mantiene el mismo dato.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 486-487.

EN EL ATLAS

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

69 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes características es FALSA para la desrealización?:

1 Es una experiencia subjetiva que implica cambio, extrañeza o irrealidad con respecto al entorno y al mundo que rodea a la persona.

2 La persona tiene la convicción firme delirante de que el entorno ha cambiado de un modo sutil, pero inquietante y difícil de definir, y está convencida de que está involucrada personalmente en tales cambios. ✓

3 Puede aparecer en los mismos trastornos mentales que la despersonalización, así como en las mismas situaciones dentro de la población general.

4 Se considera una reacción disociativa en la que la persona experimenta una pérdida subjetiva de la experiencia de la realidad.

La desrealización es una vivencia de extrañeza sin convicción delirante

Belloch (2020) agrupa la **despersonalización** y la **desrealización** en la pérdida de la experiencia de la realidad y las presenta como **reacciones disociativas**. En la desrealización la persona siente cambio, extrañeza o irrealidad respecto al entorno, sin ninguna distorsión perceptiva, y puede aparecer en los mismos trastornos y situaciones que la despersonalización. La opción 2 describe otra cosa. La **atmósfera o humor delirante** es la experiencia de que el mundo ha cambiado de un modo sutil, siniestro e inquietante, y de algún modo la persona sabe que está involucrada. El manual la clasifica entre los **delirios primarios**.

1 Es la definición de desrealización que da el manual.

2 Describe la atmósfera o humor delirante, un delirio primario. La desrealización es una sensación subjetiva y no implica convicción delirante.

3 El manual lo afirma tal cual: la desrealización puede aparecer en los mismos trastornos mentales y en las mismas situaciones de la población general que la despersonalización.

4 El manual trata la desrealización como una reacción disociativa dentro de la pérdida de la experiencia de la realidad.

Trampa. La opción falsa toma la definición de humor delirante, que el propio manual explica con la palabra «desrealización» entre paréntesis, y le añade una convicción delirante que la desrealización no tiene.

Para fijarlo. El desrealizado nota el mundo raro y lo sabe; el que vive un humor delirante nota el mundo raro y además cree que va con él.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 137; cap. 8, pág. 257.

EN EL ATLAS: Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema A7 · Pensamiento.

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 138

70 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Según el DSM-5, ¿qué nombre recibe el descriptor general de síntomas negativos característicos de la esquizofrenia que hace referencia a la pobreza del habla y pobreza del contenido del habla?:

1 Pararrespuesta.

2 Alogia. ✓

3 Ilogicidad.

4 Mutismo selectivo.

La alogia es el síntoma negativo que agrupa la pobreza del habla y la pobreza del contenido del habla

El glosario del DSM-5 define la **alogia** como un empobrecimiento del pensamiento que se infiere del lenguaje, con réplicas breves y una restricción de la cantidad del habla espontánea (**pobreza del habla**) o con un habla adecuada en cantidad pero con poca información (**pobreza del contenido**). El capítulo de la esquizofrenia la incluye entre los **síntomas negativos**. Belloch describe aparte las pararrespuestas, respuestas aproximadas a una pregunta que se ha comprendido, y la **ilogicidad**, un discurso cuyas conclusiones no se corresponden con las premisas.

1 Las pararrespuestas son respuestas aproximadas a una pregunta que el paciente ha comprendido.

2 Es el nombre del síntoma negativo.

3 La ilogicidad es un trastorno formal del pensamiento con contradicciones internas, porque las conclusiones no se corresponden con las premisas.

4 El mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad, el fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de hacerlo en otras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Espectro de la esquizofrenia, síntomas negativos, pág. 88; mutismo selectivo, pág. 195; glosario, pág. 818. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 235 y 237-239.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 180, PIR 2025 · n.º 130

71 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina el sentimiento exagerado y/o desproporcionado de bienestar, en el que la persona se siente llena de energía, alegre y optimista, que puede ocurrir en el transcurso de un episodio maníaco o hipomaníaco?:

1 Paratimia.

2 Elación. ✓

3 Labilidad.

4 Hiperarousal.

El bienestar exagerado de la manía se llama elación o ánimo expansivo

Belloch (2020) describe las alteraciones de la alegría y la euforia. Cuando no se corresponden con las circunstancias, son desproporcionadas o inmotivadas, se habla de **estado de ánimo expansivo** o **elación del estado de ánimo**, un ánimo excesivamente eufórico, sin control sobre la expresión de los sentimientos y con una sobrevaloración de su importancia. Es característico de los **episodios maníacos o hipomaníacos**. El enunciado copia además la definición de **hipertimia** (sentimiento exagerado o desproporcionado de bienestar, con energía, alegría y optimismo), término que, según el manual, en muchos contextos se ha hecho equivalente a la elación.

1 La paratimia, o afecto discordante, aparece cuando las emociones no se corresponden con el contenido de las vivencias o con el contexto, como reírse al narrar un accidente grave.

2 Es el término que el manual asocia a ese estado y a los episodios maníacos o hipomaníacos.

3 La labilidad afectiva consiste en cambios rápidos del estado emocional, con emociones intensas que duran poco. Puede darse en la manía, pero no describe el bienestar exagerado.

4 El hiperarousal no figura entre las alteraciones afectivas que describe el capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 352-353.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación Emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

72 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

De acuerdo con el modelo etiológico multifactorial de Vanderlinden y Vandereycken (1997) formulado para explicar la relación entre experiencias traumáticas y síntomas disociativos, ¿qué factor favorece la ocurrencia de síntomas disociativos?:

1 Una mayor edad de la víctima.

2 Una estrecha relación entre atacante y víctima.

3 Una autoimagen negativa. ✓

4 Un nivel intelectual bajo.

Una autoimagen pobre favorece los síntomas disociativos tras el trauma

Caballo, Salazar y Carrobles recogen el **modelo etiológico multifactorial** de Vanderlinden y Vandereycken (1997) para explicar la relación entre experiencias traumáticas y síntomas disociativos. El modelo combina seis variables: la **edad** (cuanto menor es la víctima, más primitivos son los mecanismos defensivos), la naturaleza del abuso, la reacción del medio al compartirlo, la estructura familiar, las experiencias reparadoras o de reexperimentación y la **autoimagen**. Esta suele ser negativa en los supervivientes de abuso y se mantiene por la culpa y la pobre autoestima. El manual concluye que la **autoimagen pobre** favorece la ocurrencia de síntomas disociativos.

1 El modelo apunta lo contrario. Si el trauma ocurre a menor edad, los mecanismos defensivos tienden a ser más primitivos y comprometen el desarrollo del sistema límbico.

2 La relación entre atacante y víctima no figura entre las seis variables del modelo.

3 Es la conclusión del manual sobre la autoimagen.

4 El nivel intelectual tampoco es una de las variables que recoge el manual.

VARIABLES DEL MODELO MULTIFACTORIAL DE VANDERLINDEN Y VANDEREYCKEN (1997)

Variable	Qué dice el manual
Edad	Si el trauma ocurre a menor edad, los mecanismos defensivos tienden a ser más primitivos y comprometen el desarrollo del sistema límbico, favoreciendo respuestas emocionales disfuncionales, las cuales se mantienen a través de procesos de condicionamiento y entorpecen el aprendizaje de otras más constructivas
Naturaleza del abuso	A mayor gravedad (abuso físico y/o sexual repetido), los trastornos disociativos tienden a ser más graves
Exposición del abuso	La reacción negativa del medio al compartir la experiencia se asocia con una mayor gravedad de las respuestas disociativas
Estructura familiar	La desorganización familiar favorece la cronicidad y el desarrollo de comorbilidad
Experiencias de vida	Experiencias de vida reparadoras o de reexperimentación del trauma
Autoimagen	Habitualmente negativa en sobrevivientes de abuso y se mantiene por sentimientos de culpa y una pobre autoestima. De hecho, la autoimagen pobre favorece la ocurrencia de síntomas disociativos

Fuente: Caballo, Salazar y Carrobles (2024), cap. 16, apdo. 6.4, pág. 533

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. 16, apdo. 6.4, pág. 533.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Caballo (Consulta).

73 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

Señale la respuesta FALSA, en cuanto a las variables, que desde una perspectiva transdiagnóstica, se han postulado como comunes en la predicción y el mantenimiento de la somatización y de la hipocondría (trastorno por síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por la enfermedad en el DSM-5):

1. Los somatizadores e hipocondríacos suelen hacer con mayor probabilidad una atribución psicológica de los síntomas que las personas aquejadas de otros problemas psicológicos. ✓
2. Se ha observado que sobrevalorar la importancia de los pensamientos relacionados con la salud y las enfermedades juega un papel importante en estos trastornos.
3. En los casos más extremos de estos problemas, se habla de fusión entre pensamiento y acción de tipo probabilidad.
4. La amplificación somatosensorial se ha planteado como una dimensión presente en estos trastornos.

Somatizadores e hipocondríacos atribuyen sus síntomas a causas somáticas

Belloch (2020) repasa las variables transdiagnósticas comunes a los trastornos de síntomas somáticos y de ansiedad por la enfermedad. Entre ellas están la **amplificación somatosensorial**, la tendencia a vivir las sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras, y la **sobrevaloración** de los pensamientos sobre la salud, que en los casos extremos llega a la **fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad**. Sobre la **atribución de síntomas**, el manual distingue tres dimensiones. La población no clínica suele hacer atribuciones normales o ambientales, otros pacientes psicológicos hacen atribuciones psicológicas, y somatizadores e hipocondríacos hacen una atribución **predominantemente somática**.

1. Es falsa, porque atribuye a somatizadores e hipocondríacos lo que el manual dice de los pacientes con otros problemas psicológicos. Ellos atribuyen los síntomas sobre todo a causas somáticas.
2. El manual lo afirma: sobrevalorar la importancia de los pensamientos sobre la salud juega un papel relevante en estos trastornos.
3. Es verdadera. En los casos más extremos el manual habla de fusión entre pensamiento y acción de tipo probabilidad.
4. Es verdadera. La amplificación somatosensorial se ha planteado como una dimensión presente en la hipocondría y el trastorno de síntomas somáticos.

Trampa. La opción falsa intercambia los grupos de la clasificación de atribuciones: la psicológica corresponde a otros pacientes y la somática, a somatizadores e hipocondríacos.

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. 290 y 292.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 117

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes factores cognitivos NO corresponde a los propuestos por Salkovskis y Warwick (1986, 2001) para explicar la hipocondría?:

1. Las creencias disfuncionales sobre el pensamiento repetitivo de enfermedad. ✓
2. Percibir como terribles las consecuencias de sufrir una enfermedad (p.ej., perder el rol de madre o el trabajo).
3. El grado en que la persona se considera capaz de interferir en el curso de la enfermedad.
4. La valoración de la posibilidad de contar con factores externos que puedan intervenir en el caso de necesitar ayuda (p.ej., acceso a los servicios de salud).

Las creencias sobre el pensamiento repetitivo pertenecen al modelo metacognitivo de Bailey y Wells

Salkovskis y Warwick entienden la hipocondría como **ansiedad por la salud** y proponen cuatro **factores cognitivos** (figura 9.6 de Belloch). El más importante es la **percepción de la probabilidad** de padecer una enfermedad grave, que interactúa con lo **terrible** que sería sufrirla. A ellos se suman en qué medida la persona se considera capaz de interferir en el curso de la enfermedad y la posibilidad de contar con **factores externos** de ayuda, como los servicios de salud. Las creencias disfuncionales sobre el pensamiento repetitivo son el núcleo de otro modelo, el **metacognitivo** de Bailey y Wells.

1. No pertenece al modelo de Salkovskis y Warwick. En el modelo metacognitivo de Bailey y Wells las creencias sobre el pensamiento repetitivo pesan más que las creencias sobre la enfermedad.
2. Es uno de los factores. Lo terrible de la enfermedad incluye consecuencias como perder un rol que se está desempeñando, por ejemplo ser madre.
3. Es el factor de la capacidad para hacer frente a la enfermedad, es decir, si la persona cree tener estrategias de afrontamiento adecuadas.
4. Es el último factor del modelo, la posibilidad de contar con ayuda externa como el acceso a los servicios de salud.

FACTORES COGNITIVOS DE LA ANSIEDAD POR LA SALUD (SALKOVSKIS Y WARWICK)

Factor (figura 9.6)	Qué recoge según el texto
Percepción de la probabilidad de enfermedad	La percepción de la probabilidad de desarrollar o padecer una enfermedad grave, que interactúa con la percepción de lo «terrible» que sería sufrir esa enfermedad
Percepción del coste, lo horrible y la carga de la enfermedad	Tanto el dolor y el sufrimiento que acompañan al/la enfermo/a como consecuencias más generales, tales como perder un rol que se está desempeñando (p. ej., ser madre) o la preocupación por la tristeza y el desconcierto que puedan sentir los seres queridos
Percepción de la habilidad para hacer frente a la enfermedad	En qué medida la persona se considera capaz de interferir en el curso de la enfermedad: esto es, si considera que tiene las estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la amenaza percibida
Percepción de la medida en que los factores externos nos ayudarán	La posibilidad de contar con factores externos que puedan intervenir en caso de necesitar ayuda, tales como el acceso a los servicios de salud y la ayuda médica

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 9, figura 9.6, pág. 305

Para fijarlo. En la figura de Salkovskis y Warwick la ansiedad crece con la probabilidad y lo terrible de la enfermedad, y baja con la capacidad propia de afrontarla y la ayuda de fuera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, figura 9.6, pág. 305; pág. 308.

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

75 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes módulos de tratamiento NO corresponde a la terapia cognitivo-conductual afectiva para la somatización de Woolfolk y Allen (2006)?:

1 Estimulación/regulación cognitivo emocional.

2 Entrenamiento en habilidades interpersonales y disminuir el rol de enfermo.

3 Exposición a situaciones temidas y a pensamientos e imágenes sobre la enfermedad. ✓

4 Entrenamiento en habilidades conductuales.

La exposición a situaciones temidas es un módulo del programa para la hipocondría

Fonseca recoge la propuesta de Allen y Woolfolk (2006), la **terapia cognitivo-conductual afectiva para la somatización**, luego llamada focalizada en la emoción. Sus componentes son la relajación, el manejo conductual, la reestructuración cognitiva, la identificación y regulación de las emociones y las habilidades interpersonales, organizados en **tres fases** (tabla 15.5). Empieza por las **habilidades conductuales**, porque los somatizadores buscan alivio físico antes que explorar emociones, sigue con la **estimulación/regulación cognitivo-emocional** y termina con las **habilidades interpersonales** y la reducción del rol de enfermo. La exposición es el módulo 3 del otro programa del capítulo, el de la hipocondría.

1 Es la fase 2 del tratamiento.

2 Es la fase 3, que incluye entrenamiento en asertividad e intentos de disminuir el rol de enfermo, como aplazar la visita inmediata al médico.

3 Es el módulo 3 del tratamiento de la hipocondría que describe el mismo capítulo. No forma parte del programa de Woolfolk y Allen.

4 Es la fase 1, con la que arranca el tratamiento.

LOS DOS PROGRAMAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DEL CAPÍTULO

Programa	Fases o módulos
Terapia cognitivo-conductual afectiva para la somatización (Woolfolk y Allen, 2006)	Fase 1: Entrenamiento en habilidades conductuales. Fase 2: Estimulación/regulación cognitivo-emocional. Fase 3: Entrenamiento en habilidades interpersonales y disminuir el rol de enfermo.
Programa de TCC descrito para la hipocondría (Belloch et al., 2019)	Módulo 1: psicoeducación y monitorización de los episodios de ansiedad por la salud. Módulo 2: modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad. Módulo 3: Exposición a situaciones temidas y a pensamientos e imágenes sobre enfermedad. Módulo 4: Prevención de recaídas.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 15, tabla 15.5 y págs. 470-474

Trampa. El distractor correcto se toma del programa vecino del mismo capítulo, el de la hipocondría, con su nombre exacto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, tabla 15.5, págs. 470-473.

EN EL ATLAS: Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

76 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

En cuanto al diagnóstico diferencial para el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (TSNF) en el DSM-5, señale la respuesta correcta:

1. El TSNF no puede coexistir con una enfermedad neurológica.
2. Si se dan criterios para el trastorno de síntomas somáticos y para el trastorno de TSNF, deben realizarse ambos diagnósticos. ✓
3. Respecto al trastorno facticio y la simulación, el diagnóstico de TSNF requiere que se demuestre que los síntomas no son fingidos.
4. Si un paciente presenta síntomas primarios de depresión, como tristeza y anhedonia, con quejas de pesadez general de sus miembros, se debe hacer el diagnóstico de TSNF.

El trastorno de síntomas neurológicos funcionales puede diagnosticarse junto al trastorno de síntomas somáticos

El diagnóstico diferencial del DSM-5 dice textualmente que se puede diagnosticar un **trastorno de conversión** además de un **trastorno de síntomas somáticos**. Se distinguen porque en el primero la **incompatibilidad** del síntoma con la fisiopatología es requisito diagnóstico, y en el segundo la mayoría de los síntomas no son claramente incompatibles. Además, los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos del trastorno de síntomas somáticos a menudo faltan en el de conversión. Si se cumplen los dos, se hacen los **dos diagnósticos**.

1. El DSM-5 dice lo contrario: el trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.
2. Es lo que dice el manual en el apartado de diagnóstico diferencial.
3. El DSM-5 dice que el diagnóstico no requiere evaluar que los síntomas no se produzcan intencionadamente, porque la evaluación de la intención consciente es poco fiable.
4. En los trastornos depresivos la pesadez de los miembros es general, la debilidad conversiva es más focal y la depresión se reconoce por sus síntomas nucleares, de modo que el caso apunta a un trastorno depresivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), págs. 320-321.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 36

77 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

Una persona que presenta síntomas somáticos leves, con un grado elevado de ansiedad asociado y comportamientos excesivos relacionados con la salud, con la certeza absoluta desde hace más de 6 meses de que padece una enfermedad grave, con una gran fijación y persistencia a pesar de las evidencias en contra, y con una disminución de la capacidad para reconocer que la creencia es consecuencia de un trastorno mental, padece con más probabilidad:

1. Trastorno de conversión.
2. Trastorno por síntomas somáticos.
3. Trastorno delirante de tipo somático. ✓
4. Trastorno de ansiedad por la enfermedad.

La certeza absoluta e inamovible de estar enfermo apunta al trastorno delirante de tipo somático

El DSM-5 separa el **trastorno de síntomas somáticos** del delirante por la intensidad de la creencia. En el primero la idea de que los síntomas reflejan una enfermedad grave puede mantenerse firmemente, pero **no alcanza intensidad delirante**; en el **trastorno delirante de tipo somático** las creencias son más fuertes. El caso describe una **certeza absoluta** durante más de 6 meses, mantenida pese a las pruebas en contra y con poca capacidad para reconocerla como síntoma de un trastorno mental. Son los rasgos de una creencia delirante.

1. El trastorno de conversión se define por síntomas de alteración de la función motora o sensitiva, que el caso no describe.
2. Encajarían los síntomas y la ansiedad, pero en el trastorno de síntomas somáticos la creencia de enfermedad no tiene intensidad delirante.
3. La certeza absoluta, inamovible y sin conciencia de trastorno es lo que distingue la creencia delirante.
4. En el trastorno de ansiedad por enfermedad no hay actividad delirante y la persona puede considerar la posibilidad de no tener la enfermedad temida.

Ojo. Fue una pregunta discutida, porque el caso tiene síntomas somáticos leves, ansiedad y conductas de salud excesivas, rasgos del trastorno de síntomas somáticos. La diferencia es de grado, y la clave descansa en leer la «certeza absoluta» y la falta de insight como intensidad delirante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de síntomas somáticos, pág. 314; trastorno de ansiedad por enfermedad, pág. 318.

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 2021 · n.º 101

78 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B26 · Discapacidad intelectual

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, que un niño tenga una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad y dependa de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, es característico de una discapacidad intelectual de gravedad:

1 Leve.

2 Moderado.

3 Grave.

4 Profundo. ✓

Comprender muy poco la comunicación simbólica y depender de otros para todo el cuidado físico describen la gravedad profunda

La Tabla 1 del DSM-5 describe cada nivel de gravedad de la **discapacidad intelectual**, hoy trastorno del desarrollo intelectual, en tres dominios. En el nivel **profundo**, el dominio social dice que el individuo tiene una **comprensión muy limitada de la comunicación simbólica** en el habla y la gestualidad, y el práctico, que **depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario**, la salud y la seguridad, aunque pueda participar en algunas actividades. En el nivel **grave**, en cambio, el individuo comprende el habla sencilla y la comunicación gestual, aunque necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana y supervisión constante.

1. En el nivel leve el individuo puede funcionar de forma apropiada para su edad en el cuidado personal, y su lenguaje es solo más concreto o inmaduro de lo esperado.
2. En el nivel moderado el lenguaje hablado es el principal instrumento de comunicación social, y el individuo puede responsabilizarse de comer, vestirse y la higiene tras un aprendizaje largo.
3. En el nivel grave el individuo comprende el habla sencilla y la comunicación gestual. Necesita ayuda para todas las actividades cotidianas, pero la tabla no describe una comprensión muy limitada de lo simbólico.
4. Son las frases del nivel profundo en los dominios social y práctico.

NIVELES GRAVE Y PROFUNDO DEL TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL (TABLA 1, EXTRACTO)

Nivel	Dominio social	Dominio práctico
Grave	Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual	El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y realizar las funciones excretoras
Profundo	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno del desarrollo intelectual, Tabla 1, pág. 41

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), Tabla 1, pág. 36.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 177, PIR 2023 · n.º 170

79 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 3

Señalar la asociación correcta entre sistema modulador difuso, origen en el tronco encefálico y función en la que se halla implicado:

1. Noradrenérgico – Locus coeruleus – control conducta emocional.
2. Serotoninérgico – complejo pontomesencefálico- control del estado de ánimo.
3. Dopaminérgico – área tegmental ventral – sistema de recompensa y conductas adaptativas. ✓
4. Colinérgico – núcleos del rafe – participación en el aprendizaje y la formación de recuerdos.

Las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral sostienen el sistema de recompensa

Del Abril describe las **vías monoaminérgicas** como proyecciones amplias y difusas que se originan en el tronco del encéfalo. La noradrenalina sale del **locus coeruleus**, la serotonina de los **núcleos del rafe** (mesencéfalo y puente) y la dopamina de la sustancia negra y el **área tegmental ventral**. La vía dopaminérgica del área tegmental ventral al núcleo accumbens (mesolímbica) regula respuestas emocionales y sensaciones de placer y refuerzo. Redolar añade que el sistema mesolímbico es el más importante para explicar cómo los reforzadores refuerzan la conducta. Las vías colinérgicas salen de la zona rostral del puente y del mesencéfalo (formación reticular) y de los núcleos basales, sobre todo el **núcleo basal de Meynert**.

1. El origen es correcto. Del Abril atribuye al conjunto de las vías monoaminérgicas la modulación de los estados emocionales y destaca la noradrenalina, junto a la serotonina, en la activación cortical y los ciclos de vigilia y sueño. Es la opción más discutible (véase el ojo).
2. Las neuronas serotoninérgicas se originan en los núcleos del rafe. Las que salen de la zona rostral del puente y del mesencéfalo forman las vías colinérgicas de la formación reticular.
3. Los tres elementos coinciden con el manual.
4. Los núcleos del rafe son serotoninérgicos. Las vías colinérgicas que se proyectan a la corteza salen de los núcleos septales y basales, sobre todo del núcleo basal de Meynert, cuya degeneración se asocia a la pérdida de memoria del alzhéimer.

Ojo. El origen de la opción 1 es correcto y lo que falla es la función. Del Abril reparte la modulación emocional entre las vías monoaminérgicas sin asignar el control de la conducta emocional a la noradrenalina en exclusiva. La opción 2 también tiene apoyo parcial, porque el manual sitúa los núcleos rostrales del rafe en el mesencéfalo y el puente y relaciona las vías serotoninérgicas con los trastornos de los estados de ánimo (pág. 236). Pero el origen pontomesencefálico que describen los manuales es el de las vías colinérgicas de la formación reticular (Del Abril, pág. 234) y del sistema colinérgico de la protuberancia (Redolar, cap. 2, pág. 56). La opción 3 es la única que coincide punto por punto con el manual.

Trampa. Las opciones 2 y 4 intercambian orígenes: el rafe es serotoninérgico y el complejo pontomesencefálico, colinérgico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 234 y 236.
Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 2, págs. 56 y 61.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de estas áreas corticales una lesión produce prosopagnosia?:

1 Giro lingual.
2 Giro frontal inferior.
3 Giro fusiforme. ✓
4 Giro postcentral.

Una lesión del giro fusiforme puede producir prosopagnosia

Redolar repasa las áreas que procesan características visuales concretas. El complejo occipital lateral interviene en la percepción de la forma de los objetos y el **área parahipocampal del lugar** en el reconocimiento de escenas; a esta última se la considera a menudo el complemento del **área fusiforme facial**. Del Abril la sitúa en la base del lóbulo temporal, donde se activa específicamente ante la visión de una cara. El área fusiforme facial destaca como una región determinante en el **reconocimiento de caras**, y su lesión puede provocar un tipo de agnosia, la **prosopagnosia**, la dificultad para reconocer caras, incluida la propia, aunque el paciente pueda describir rasgos sueltos como las cejas o la boca.

1 El manual no relaciona el giro lingual con el reconocimiento de caras.
2 El giro frontal inferior tampoco aparece en el manual como sustrato del reconocimiento facial.
3 Es la región que el manual asocia a la prosopagnosia.
4 El manual tampoco relaciona el giro postcentral con el reconocimiento de caras.

Para fijarlo. Fusiforme para las caras y parahipocampal para los lugares: una lesión en la primera borra los rostros conocidos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 10, pág. 279. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 341.

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

81 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 3

Los cuerpos celulares del circuito dopaminérgico mesolímbico tienen su origen en:

1 El núcleo arqueado.

2 El núcleo paraventricular.

3 El área tegmental ventral. ✓

4 Los núcleos del rafe.

Los cuerpos celulares del sistema mesolímbico están en el área tegmental ventral

Carlson describe tres sistemas dopaminérgicos que nacen en el mesencéfalo. Los cuerpos celulares del **sistema nigroestriado** están en la sustancia negra y proyectan al neoestriado. Los del **sistema mesolímbico** están en el **área tegmental ventral** y envían sus axones al sistema límbico, incluidos el **núcleo accumbens**, la amígdala y el hipocampo. El núcleo accumbens es muy importante para los efectos de **refuerzo** de ciertos estímulos, entre ellos las drogas de abuso. El sistema mesocortical también parte del área tegmental ventral, pero proyecta a la corteza prefrontal.

1 El núcleo arqueado del hipotálamo alberga un grupo dopaminérgico (A12), según Redolar, pero no es el origen del sistema mesolímbico.

2 El núcleo paraventricular es un núcleo del hipotálamo que el manual relaciona, por ejemplo, con las vías que llevan la señal del núcleo supraquiasmático a la glándula pineal. No es origen de ningún sistema dopaminérgico mesencefálico.

3 Es la frase con la que Carlson describe el sistema mesolímbico.

4 Los núcleos del rafe son el origen de las vías serotoninérgicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 4, pág. 104; cap. 9, pág. 289; cap. 13, pág. 414. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 2, pág. 60.

EN EL ATLAS

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

82 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 1

Supongamos que la frecuencia dominante en un electroencefalograma es en un determinado momento 30Hz. ¿En cuál de estas situaciones es más probable que se encuentre la persona a quien se lo estamos registrando?:

1 Realizando este examen. ✓

2 Relajada y con los ojos cerrados, aunque despierta.

3 En la fase 2 del sueño.

4 En la fase 4 del sueño.

Una frecuencia de 30 Hz es actividad beta propia de quien está alerta y concentrado

Carlson distingue dos patrones de EEG en la vigilia. La **actividad alfa** (8-12 Hz) aparece cuando la persona descansa tranquilamente, sobre todo con los ojos cerrados. La **actividad beta** (13-30 Hz) son ondas irregulares, de baja amplitud y **asincrónicas**, que reflejan muchos circuitos procesando información a la vez y aparecen cuando la persona está alerta y atenta o pensando con concentración. En el sueño NREM aparecen la actividad theta en la fase 1, los husos y los **complejos K** en la fase 2 y la **actividad delta** (<3,5 Hz) en la fase 3, el sueño de ondas lentas. Hacer un examen es el ejemplo de concentración.

1. Hacer un examen exige atención y pensamiento concentrado, que es cuando aparece la actividad beta.
2. Relajada y con los ojos cerrados lo esperable es la actividad alfa, de 8 a 12 Hz.
3. La fase 2 del sueño es NREM y se caracteriza por husos del sueño y complejos K.
4. El sueño más profundo, el de ondas lentas, consiste en actividad delta, por debajo de 3,5 Hz.

FASES DEL SUEÑO (TABLA 9.1 DE CARLSON)

Fases del sueño	Descripción
Vigilia	Actividad alfa (8-12 Hz) y beta (13-30 Hz)
Fase 1	Sueño NREM, consistente en actividad theta (3,5-7,5 Hz)
Fase 2	Sueño NREM, contiene spindles del sueño y complejos K
Fase 3	Sueño de ondas lentas, consiste en actividad delta (<3,5 Hz)
REM	Sueño REM, consiste en actividad theta y beta

Fuente: Carlson y Birkett (2018), cap. 9, tabla 9.1, pág. 262

Ojo. La tabla de Carlson ya no tiene fase 4: el sueño NREM se divide en fases 1, 2 y 3, y la fase 3 es el sueño de ondas lentas. Además, el sueño REM también muestra actividad beta, así que 30 Hz no son exclusivos de la vigilia; el REM no figura entre las opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, tabla 9.1, págs. 261-262.

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

83 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de estas estructuras cerebrales se ha asociado en mayor medida con la familiaridad mnésica?:

1 Cuerpos mamilares.

2 Núcleo anterior del tálamo.

3 Corteza perirrinal. ✓

4 Cuerno de Amón (campos CA1, CA2, CA3).

La corteza perirrinal es crítica para reconocer ítems familiares

Redolar describe dos sistemas corticales de memoria. El **circuito anterior**, organizado en torno a la **corteza perirrinal**, se conecta sobre todo con regiones visuales de alto nivel, como la circunvolución fusiforme, y con la corteza temporal. Su función puede disociarse de la del hipocampo y de la corteza parahipocampal: la corteza perirrinal parece una región crítica para el **reconocimiento de ítems familiares**, y la reducción de su actividad ante estímulos repetidos correlaciona con la **sensación subjetiva de familiaridad**. El hipocampo y la corteza parahipocampal, en cambio, se encargarían de la **memoria de tipo contextual**.

1 Redolar sitúa los cuerpos mamilares en el sistema posterior de Ranganath y Ritchey, con los núcleos anteriores del tálamo y la corteza parahipocampal, un circuito ligado a la memoria del contexto.

2 Los núcleos anteriores del tálamo pertenecen a ese mismo sistema posterior, separado del circuito anterior de la corteza perirrinal.

3 Es la región que el manual liga al reconocimiento de lo familiar.

4 Los campos del hipocampo sostienen, según el manual, la memoria contextual, que se disocia de la familiaridad.

Para fijarlo. «Esta cara me suena» es trabajo de la corteza perirrinal; «dónde la vi» es trabajo del hipocampo y la parahipocampal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 16, págs. 429-431.

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

84 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 1

¿Con cuál de los siguientes procesos lingüísticos se asocia en mayor medida el componente N400 de los potenciales evocados cerebrales?:

1 Procesamiento semántico. ✓

2 Procesamiento sintáctico.

3 Procesamiento prosódico.

4 Procesamiento perceptivo (detección del símbolo lingüístico).

El N400 refleja el procesamiento semántico

Redolar presenta el **N400** en dos capítulos. En el de atención explica que los estímulos no detectados conscientemente pueden elicitarlo cuando hay una **violación semántica**, por ejemplo cuando la última palabra de una frase es incoherente con su significado; eso indica que se han procesado hasta **niveles semánticos**. En el de lenguaje añade que, cuando una palabra no es congruente con el contexto, la integración es más difícil y aumenta la **amplitud del N400**, algo que ocurre también con las palabras de baja frecuencia. La diferencia entre lo percibido conscientemente y lo no percibido se detecta en otro componente, el **P300**.

1. Es el proceso que el manual asocia al N400.
2. El manual liga el N400 al significado de las palabras en su contexto; no lo presenta como índice del procesamiento sintáctico.
3. El procesamiento prosódico no aparece relacionado con el N400 en el manual.
4. El N400 indica que el estímulo se ha procesado más allá del nivel perceptivo, hasta el semántico.

Para fijarlo. «Ayer fui al colegio a recoger a mi paella»: la palabra que no encaja dispara el N400.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15, pág. 398; cap. 19, pág. 505.

Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Se estudia con Redolar (Base). Redolar es Base del tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal.

85 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K9 · Sueño y ritmos biológicos

Respuesta correcta: 1

Señale la respuesta correcta en relación a los mecanismos neurobiológicos del sueño:

1 Las neuronas noradrenérgicas y serotoninérgicas con origen en el tronco encefálico son las responsables del apagado del sueño REM. ✓

2 El neurotransmisor melatonina se libera sólo en condiciones de oscuridad y ayuda a iniciar y mantener el sueño.

3 La adenosina es un factor promotor del sueño mediante su efecto activador sobre los sistemas moduladores difusos del tronco.

4 Durante el sueño se produce una alta expresión de genes inmediatos tempranos y mitocondriales en consonancia con los requerimientos metabólicos.

Las neuronas noradrenérgicas y serotoninérgicas mantienen apagado el sueño REM

Carlson explica el sueño REM con un mecanismo **flip-flop**. La región **REM-ON** (núcleo sublateral dorsal) y la **REM-OFF** (sustancia gris periacueductal ventrolateral) se inhiben mutuamente. Durante la vigilia la región REM-OFF recibe input excitador de las neuronas orexinérgicas y, además, de las **neuronas noradrenérgicas del locus coeruleus** y las **serotoninérgicas de los núcleos del rafe**. Cuando avanza el sueño, esa actividad va disminuyendo, el flip-flop se inclina al estado ON y empieza el sueño REM. La **adenosina**, que se acumula con la vigilia, inhibe la actividad neural e induce el sueño.

1 Es lo que describe el manual: el input noradrenérgico y serotoninérgico mantiene activa la región REM-OFF.

2 Carlson presenta la melatonina como una hormona que la glándula pineal segrega durante la noche, el período de oscuridad; controla los ritmos estacionales y parece implicada también en la sincronización de los ritmos circadianos. No la describe como un neurotransmisor, aunque administrada antes de acostarse ha mejorado los ciclos de sueño de algunas personas ciegas.

3 Invierte el efecto. La adenosina extracelular ejerce un efecto inhibidor sobre la actividad neural, y por eso induce el sueño.

4 El capítulo no describe ese patrón de expresión génica durante el sueño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 9, págs. 271, 279 y 289-291.

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

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de las siguientes opciones es correcta con relación al control cerebral del movimiento:

1 La hipercinesia presente en el balismo se produce por una disfunción en el área motora suplementaria.

2 Los fascículos vestibuloespinales potencian los reflejos antigravitatorios de la médula espinal.

3 Una lesión en la parte superior del sistema motor genera de inmediato hipertonía, arreflexia y espasticidad.

4 El fascículo tectoespinal genera la respuesta orientada que dirige el movimiento de la cabeza y de los ojos a un estímulo. ✓

El tracto tectoespinal nace en el colículo superior y coordina ojos y cabeza

Redolar describe las vías motoras descendentes del tronco del encéfalo. El **tracto tectoespinal** tiene su origen en el **colículo superior** y está implicado en la coordinación de los **movimientos oculares** y de los movimientos del tronco y la cabeza; Snell lo relaciona con los movimientos posturales reflejos en respuesta a estímulos visuales. El **tracto vestibuloespinal** recoge proyecciones de los núcleos vestibulares, que reciben información de los canales semicirculares, y participa en el control de la postura y el equilibrio. Del Abril sitúa la región facilitadora por excelencia de los **reflejos antigravitatorios** en el puente, de donde sale el tracto reticuloespinal medial.

1 Del Abril atribuye el balismo, un movimiento de lanzamiento violento e involuntario de las extremidades, a una disminución de la actividad del núcleo subtalámico. No lo relaciona con el área motora suplementaria.

2 Los vestibuloespinales contribuyen a la postura y el equilibrio. Del Abril coloca la región facilitadora por excelencia de los reflejos antigravitatorios en el puente, con el tracto reticuloespinal medial, pero Snell atribuye al fascículo vestibuloespinal la facilitación de los músculos extensores y un papel en el tono de los músculos antigravitatorios. Es un distractor discutible (véase el ojo).

3 Kolb describe que tras una lesión de la corteza motora la hemiplejía aparece de inmediato con flacidez completa de los músculos y pérdida de todos los movimientos reflejos y voluntarios; el retorno de los reflejos y la rigidez llegan después. La hipertonía y la espasticidad no son, por tanto, el cuadro inmediato.

4 Coincide con la descripción del tracto tectoespinal.

Ojo. La clave es firme, pero la opción 2 tiene apoyo en el corpus. Del Abril dice que cada tracto medial del tronco contribuye a la postura y sitúa en el puente, en el origen del tracto reticuloespinal medial, la región facilitadora por excelencia de los reflejos antigravitatorios. Snell, en cambio, dice que el fascículo vestibuloespinal facilita la actividad de los músculos extensores y que la formación reticular, ayudada por el aparato vestibular y el fascículo vestibuloespinal, mantiene el tono de los músculos antigravitatorios. Con Snell la opción 2 también sería defendible.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 14, págs. 382-383. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.2, págs. 377-378 y 383. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 25, pág. 712, y cap. 26, pág. 750. Snell, R. S. (2014). Neuroanatomía clínica (7.ª ed.). Wolters Kluwer. Cap. 4 (funciones de los tractos descendentes y fascículo vestibuloespinal, fig. 4-25) y cap. 9 (formación reticular), edición digital sin paginación impresa.

EN EL ATLAS

Tema K7 · Control motor. Se estudia con Redolar (Ampliación). Del Abril es Base del tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso.

87 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social | Anulada

Anulada

Respecto del miedo y la agresividad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Un déficit de receptores serotoninérgicos del tipo 5HT1A se asocia con una conducta más ansiosa y menor actitud exploradora.
2. El circuito que proyecta desde el hipotálamo lateral a la amígdala controla la agresividad afectiva (ataque por amenaza).
3. En el circuito del miedo aprendido la sustancia gris periacueductal del tronco encefálico es la responsable de la respuesta autónoma.
4. La actividad cerebral de la amígdala se modifica con distinta intensidad en respuesta a la visión de expresiones faciales temerosas, neutras y de felicidad.

La amígdala responde más al miedo, pero también a otras expresiones, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 1. Redolar recoge que la actividad de la **amígdala** es mayor ante expresiones faciales que indican **miedo**, pero que también se activa, en menor grado, ante otras como la **felicidad**, la ira o la tristeza. Con ese texto, la opción 4 también describe contenido del manual. En el circuito del miedo condicionado, el núcleo central de la amígdala pone en marcha tres componentes: la **sustancia gris periacueductal**, el conductual; el hipotálamo lateral, el neurovegetativo, y el núcleo paraventricular, el endocrino (figura 25-13). Del Abril recoge, además, el dato de la opción 1 en ratones. El motivo oficial de la anulación no consta en el corpus.

1. Clave provisional. Del Abril recoge que en ratones la inactividad (por knockout) del receptor de serotonina 5-HT1A se ha asociado con manifestaciones de ansiedad en adultos; la menor conducta exploradora no aparece en esa página.
2. Redolar relaciona la agresión afectiva o de amenaza con el hipotálamo medial y el complejo basolateral de la amígdala, que activan la sustancia gris periacueductal dorsal; la estimulación del hipotálamo lateral provoca agresión predatoria. En el miedo condicionado el hipotálamo lateral se encarga del componente neurovegetativo.
3. En la figura del manual la sustancia gris periacueductal gobierna el componente conductual de la respuesta de miedo; el autónomo corresponde al hipotálamo lateral.
4. Coincide con el manual, que describe una activación de la amígdala de distinta intensidad ante caras de miedo, felicidad, ira o tristeza.

Ojo. El enunciado de la opción 4 está respaldado por Redolar (pág. 674), y el de la opción 1 por Del Abril (cap. 2, pág. 58: knockout del receptor 5-HT1A y ansiedad en ratones adultos), lo que deja dos opciones defendibles.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, págs. 653-654 y figura 25-5; figura 25-13, pág. 663; págs. 673-674. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 2, pág. 58.

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

88 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la relación entre distintas áreas cerebrales y distintos aspectos de la cognición social es correcta:

1. En la capacidad de "leer" la mente de los demás participan la corteza prefrontal medial y la unión temporoparietal. ✓
2. Las principales áreas cerebrales implicadas en la empatía son la corteza cingulada anterior y la prefrontal.
3. Las áreas cerebrales principalmente responsables de la primera impresión son el área de Broca y la amígdala.
4. Las neuronas espejo se localizan en la corteza temporal superior y su actividad muestra poca capacidad de aprendizaje.

La teoría de la mente se apoya en la corteza prefrontal medial y la unión temporoparietal

Redolar distingue cuatro procesos de cognición social con bases distintas. La **teoría de la mente**, la capacidad de «leer» la mente de los demás, implica la corteza prefrontal medial, el precuneus, la unión temporoparietal y el surco temporal, y las dos regiones más importantes de la red son la **corteza prefrontal medial** y la **unión temporoparietal**. La **empatía** depende de la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior. Las **primeras impresiones** implican la corteza cingulada posterior, el precuneus y la amígdala. Las **neuronas espejo** se describieron en el área F5 y el lóbulo parietal inferior del mono.

1. Recoge las dos regiones centrales de la red de teoría de la mente.
2. La corteza cingulada anterior sí interviene, pero Redolar señala como regiones clave de la empatía la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior; la corteza prefrontal no figura entre ellas.
3. En las primeras impresiones participa la amígdala, pero junto a la corteza cingulada posterior y el precuneus. El área de Broca no figura.
4. Las neuronas espejo se localizan en F5 y el lóbulo parietal inferior, con homólogos humanos en el área 44 de Brodmann y la parietal posterior. Además, su actividad cambia con el aprendizaje y aumenta con la experiencia.

Trampa. Cada distractor mezcla una región correcta con otra de un proceso vecino: cingulada anterior con prefrontal, amígdala con Broca y neuronas espejo con la corteza temporal superior.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 26, págs. 699, 702 y 704-706.

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

89 PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 2

¿Qué dos tipos de sexismo contempla la teoría del sexismo ambivalente?:

1 Homófobo y heterófobo.

2 Hostil y benevolente. ✓

3 Manifiesto e implícito.

4 Aversivo y sutil.

El sexismo ambivalente combina un componente hostil y otro benevolente

Gaviria, López y Cuadrado presentan la **teoría del sexismo ambivalente** (Glick y Fiske, 1996, 2001) como la más influyente sobre el sexismo contemporáneo, porque explica que coexistan evaluaciones positivas hacia las mujeres con su discriminación. Según la teoría hay dos tipos de sexismo. El **sexismo hostil** caracteriza a las mujeres como grupo subordinado, basado en una supuesta inferioridad, y legitima el control social de los hombres. El **sexismo benevolente** las idealiza como esposas, madres y objetos románticos, pero también presupone su inferioridad, al considerar que necesitan a un hombre.

1 Homofobia y heterofobia no son componentes del sexismo en el manual.

2 Son los dos tipos de sexismo que distingue la teoría.

3 La distinción entre lo manifiesto y lo encubierto o implícito se usa en el capítulo para describir las formas de prejuicio en general; los dos componentes del sexismo ambivalente son el hostil y el benevolente.

4 El racismo aversivo es una forma contemporánea de prejuicio racial que el capítulo describe por separado.

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. 339-341 y 349.

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

90 PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los dos componentes fundamentales del modelo de racismo simbólico o moderno?:

1 Afecto negativo y apoyo a los valores de la ética protestante. ✓

2 Estereotipos negativos y discriminación pasiva.

3 Prejuicio implícito y socialización positiva.

4 Activación automática y procesamiento consciente.

El racismo moderno une un afecto negativo difuso con la defensa de la ética protestante

Gaviria, López y Cuadrado explican que el **racismo moderno** (McConahay, 1986) se basa en percibir que los **valores de la ética protestante** (libertad de elección, igualdad de oportunidades, esfuerzo, autodisciplina) están en peligro, y no en experiencias personales negativas ni en amenazas a los propios intereses. Lo caracterizan tres rasgos: la defensa de esos valores tradicionales, la creencia de que los grupos minoritarios no los respetan y se aprovechan de la discriminación positiva, y un **afecto negativo difuso** hacia ellos, fruto de largos años de racismo institucional. Los racistas modernos **no se consideran racistas** y creen que la discriminación ya no existe.

1 Reúne los dos elementos que el cuadro 12.7 atribuye al racismo moderno: la percepción de amenaza a los valores de la ética protestante y el afecto negativo difuso.

2 El racismo moderno es una forma encubierta de prejuicio, pero el manual no lo define por estereotipos negativos y discriminación pasiva.

3 La socialización positiva no aparece en el capítulo. Lo implícito se trata como objeto de medida de las actitudes automáticas, sin formar parte del racismo moderno.

4 Recuerda al modelo de disociación de Devine (1989), que el cuadro 12.7 describe como un conflicto entre las respuestas automáticas basadas en el estereotipo cultural y las basadas en las creencias personales. No son los componentes del racismo moderno.

Ojo. El manual nombra por separado el racismo simbólico (Kinder y Sears, 1981) y el moderno (McConahay, 1986) como formas encubiertas de prejuicio (pág. 339), pero solo desarrolla el moderno.

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. 339 y 343, y cuadro 12.7, pág. 348.

EN EL ATLAS

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

91 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de covariación de Kelley, cuando una conducta muestra consenso alto, distintividad alta y consistencia alta, su causa se atribuye a:

1. El estímulo. ✓
2. La personalidad del sujeto.
3. La situación/circunstancia.
4. El estado emocional del sujeto.

Consenso, distintividad y consistencia altos llevan a atribuir la causa al estímulo

Según Kelley, para hacer una atribución el perceptor combina tres tipos de información: el **consenso** (cómo se comportan los demás en esa situación), la **distintividad** (cómo se comporta la persona en otras situaciones parecidas) y la **consistencia** (cómo se comporta en esa misma situación en otras ocasiones). Gaviria lo ilustra con Marta, que saca sobresaliente en Biología. Si la mayoría saca sobresaliente, Marta solo lo saca en Biología y siempre lo saca, la causa se atribuye al **estímulo**, porque la asignatura es fácil. La atribución a la **persona** exige consenso y distintividad bajos, y la atribución a las **circunstancias**, consenso bajo, distintividad alta y consistencia baja.

1. Es la combinación que el manual asocia a la atribución al estímulo.
2. La atribución a la persona corresponde a consenso bajo, distintividad baja y consistencia alta.
3. La atribución a las circunstancias corresponde a consenso bajo, distintividad alta y consistencia baja.
4. El estado emocional no es una de las tres atribuciones del cuadro de Kelley.

PATRONES DE COVARIACIÓN DE LA INFORMACIÓN ASOCIADOS A ATRIBUCIONES ESPECÍFICAS (CUADRO 4.2)

Combinación de los elementos de información	Atribución lógica
Consenso alto («La mayoría ha sacado sobresaliente en Biología») + Distintividad alta («Marta no saca sobresaliente en otras asignaturas») + Consistencia alta («Marta siempre saca sobresaliente en Biología»)	Al estímulo («La causa es que la asignatura de Biología es fácil»)
Consenso bajo («Nadie ha sacado sobresaliente en Biología») + Distintividad baja («Marta saca sobresaliente en la mayoría de las asignaturas») + Consistencia alta («Marta siempre saca sobresaliente en Biología»)	A la persona («La causa son las características de Marta»)
Consenso bajo («Nadie ha sacado sobresaliente en Biología») + Distintividad alta («Marta no saca sobresaliente en otras asignaturas») + Consistencia baja («Marta no había sacado anteriormente sobresaliente en Biología»)	A las circunstancias («La causa es la ayuda de su padre en esta ocasión»)

Fuente: Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 4, cuadro 4.2, pág. 100

Para fijarlo. Si todos aprueban, solo apruebas esa y siempre la apruebas, la asignatura es fácil.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, cuadro 4.2, págs. 99-100.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 66

92 PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo MODE (motivación y oportunidad como determinantes de la relación actitud-conducta) de Fazio (1990) es correcta?:

1 Integra los conceptos de norma subjetiva y objetiva.

2 Es un modelo de enfoque expectativa-valor.

3 Es un modelo trifactorial.

4 Integra los conceptos de procesamiento espontáneo y elaborado. ✓

El modelo MODE integra un procesamiento espontáneo y otro elaborado

Gaviria, López y Cuadrado explican que el **modelo MODE** (*Motivation and Opportunity as DEterminants*) describe cómo las actitudes previas guían el comportamiento mediante dos tipos de procesamiento (Fazio, 1990). En el **procesamiento espontáneo** la actitud se activa automáticamente en presencia del objeto y filtra la información, sobre todo si es muy accesible. En el **procesamiento elaborado** se analizan con detalle los atributos del objeto; la acción razonada y la acción planificada lo ejemplifican. Sus determinantes son la **motivación** y la **oportunidad**, y si ambas son bajas guían más las actitudes previas.

1 La norma subjetiva es uno de los dos factores de la teoría de la acción razonada, junto a la actitud hacia la conducta; el modelo MODE no la incluye, y el manual no habla de una norma objetiva.

2 El manual llama modelo de expectativa-valor a la teoría de la acción razonada, por cómo combina las creencias sobre las consecuencias con su valoración.

3 El modelo con tres factores es la teoría de la acción planificada, que añade el control conductual percibido a la actitud y la norma subjetiva.

4 Recoge la idea central del modelo.

Trampa. Los tres distractores describen la teoría de la acción razonada y su ampliación, que el manual expone a continuación del MODE.

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. 160-164.

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

93 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 2

En el modelo de socialización grupal propuesto por Levine y Moreland, ¿qué dos procesos están involucrados en la denominada fase de investigación?:

1 Acomodación y asimilación.

2 Reclutamiento y reconocimiento. ✓

3 Tradición y remembranza.

4 Exploración y verificación.

En la fase de investigación el grupo recluta y el candidato reconoce al grupo

Hogg y Vaughan presentan el modelo de **socialización grupal** de Moreland y Levine (1982), que describe el paso de un miembro por un grupo como una variación del compromiso marcada por transiciones de rol. Distinguen cinco fases. En la **investigación** el grupo **recluta** posibles miembros, que a su vez hacen un **reconocimiento** del grupo; si sale bien, se produce la entrada. Le siguen la **socialización** (acomodación y asimilación), el mantenimiento (negociación de roles), la resocialización y la **retrospección**, en la que ambas partes conservan la tradición y el recuerdo.

1. Acomodación y asimilación son los procesos de la fase de socialización y de la resocialización.
2. Son los dos procesos de la fase de investigación.
3. Tradición y recuerdo pertenecen a la retrospección, la última fase, cuando el individuo ya ha abandonado el grupo.
4. Exploración y verificación no figuran en el modelo.

Ojo. Gaviria (2019) no recoge el modelo, y Molero (2017, pág. 142) solo lo menciona al tratar los roles y remite a Gaviria (2011). Las fases están en Hogg y Vaughan, que es Consulta del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 8, figura 8.13, pág. 290.

Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Hogg y Vaughan (Consulta).

94 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes opciones recoge una de las dimensiones del Cuestionario de Ambiente Grupal elaborado por Carron y colaboradores?:

1 Similitud percibida intragrupal.

2 Categorización grupal compartida.

3 Relaciones comunes en el grupo.

4 Atracción individual hacia la tarea del grupo. ✓

La atracción individual hacia la tarea del grupo es una de las cuatro dimensiones del GEQ

Molero et al. recogen el **Cuestionario de Ambiente de Grupo** (GEQ) de Carron, Widmeyer y Brawley (1985), diseñado para medir la **cohesión** en equipos deportivos. Carron et al. encontraron en la cohesión aspectos de la dimensión **individuo-grupo** y de la dimensión **tarea-relación**, y al combinarlos elaboraron una escala de 18 ítems con cuatro factores: integración grupal-tarea, integración grupal-social, **atracción individual hacia la tarea del grupo** y atracción individual hacia los aspectos sociales del grupo. La tercera recoge la implicación personal del miembro en la tarea, la productividad y las metas del grupo.

1 La similitud percibida no es una de las cuatro dimensiones del GEQ.

2 La categorización compartida no aparece entre los factores del cuestionario.

3 Las relaciones comunes no figuran como dimensión; la vertiente social se mide como integración grupal-social y como atracción individual hacia los aspectos sociales.

4 Es el tercer factor del cuestionario.

Para fijarlo. Cuatro casillas del GEQ: lo grupal o lo individual cruzado con la tarea o lo social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 3, apdo. 3.1.3, págs. 99-100.

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

95 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes procesos fue evidenciado mediante el paradigma experimental denominado “azul-verde” aplicado por Moscovici y colaboradores?:

1 Conversión. ✓

2 Metacontraste.

3 Reactancia.

4 Inferencia correspondiente.

El paradigma azul-verde mostró la influencia latente de las minorías

Molero et al. explican que las minorías pueden ser rechazadas a nivel manifiesto y, aun así, obtener una **influencia latente**, el **efecto de conversión** (Moscovici, 1976, 1981). La primera ilustración experimental de que un grupo minoritario puede influir la aportaron Moscovici, Lage y Naffre-Choux (1969) con el **paradigma azul-verde**, en el que dos cómplices decían sistemáticamente que una diapositiva azul era verde. Los estudios posteriores confirmaron que la **mayoría** suele lograr más influencia manifiesta, en medidas públicas, y la **minoría** más influencia latente o conversión, en privado y con medidas indirectas.

1 Es el proceso que el manual vincula al paradigma azul-verde.

2 El metacontraste no aparece relacionado con este paradigma en el manual.

3 La reactancia psicológica de Brehm (1966) es un incremento de la acción ante situaciones incontrolables, que Bermúdez estudia junto a la indefensión aprendida. Nada tiene que ver con la influencia minoritaria.

4 La inferencia correspondiente pertenece a la teoría de la atribución de Jones y Davis (1965), que Gaviria expone en el capítulo de percepción social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 6, apdo. 3, pág. 196, y cuadro 4, pág. 198. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 96. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, pág. 364.

EN EL ATLAS

Tema M4 · Influencia social y persuasión. Se estudia con Molero (Ampliación).

96 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 1

Las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, en terminología de Matarazzo (1984), se denominan:

1 Inmunógenos conductuales. ✓

2 Patógenos conductuales.

3 Condiciones de vida.

4 Prevención terciaria.

Matarazzo llamó inmunógenos conductuales a los hábitos que reducen el riesgo de enfermar

Amigo vincula la **prevención de la enfermedad** con la reducción de los comportamientos de riesgo y, en esa línea, recoge la distinción de Matarazzo (1984). Los **patógenos conductuales** son los comportamientos que aumentan la susceptibilidad a las enfermedades de mayor prevalencia, hoy la causa más importante de mortalidad en las sociedades industrializadas, como el tabaco o el alcohol. Los **inmunógenos conductuales** son los comportamientos que permiten **reducir el riesgo de enfermar**, como los siete hábitos del estudio de Belloc. Según Matarazzo, la conducta de salud consiste en reducir los patógenos y practicar los inmunógenos.

1. Es el término que propuso Matarazzo para los hábitos protectores.
2. Los patógenos conductuales son lo contrario, los comportamientos que aumentan la susceptibilidad a enfermar.
3. Condiciones de vida no es un término de la distinción de Matarazzo.
4. La prevención terciaria incluye el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica.

Para fijarlo. Como un patógeno enferma y un inmunógeno protege, Matarazzo trasladó la idea a los hábitos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 1.

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

97 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 1

Las tres creencias básicas de la teoría de la acción planeada de Ajzen (1988) son el control conductual percibido, la norma subjetiva y:

1 La actitud hacia la conducta específica. ✓

2 El apoyo social.

3 El sentido de coherencia.

4 La discriminación del riesgo.

Actitud, norma subjetiva y control percibido son las tres creencias de la conducta planeada

Amigo presenta la **teoría de la conducta planeada** de Ajzen (1988) como un desarrollo de la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen. Según el modelo, el determinante inmediato de la conducta es la **intención**, resultado de **tres creencias básicas**. La **actitud hacia la conducta** reúne la evaluación positiva o negativa de la conducta y las creencias sobre su resultado. La **norma subjetiva** recoge la percepción de las presiones sociales y la motivación para aceptarlas. El **control conductual percibido** se basa en la creencia de poder llevar a cabo la conducta y puede influir en ella sin pasar por la intención.

1 Es la tercera creencia básica del modelo.

2 El apoyo social no es una de las tres creencias del modelo.

3 El sentido de coherencia no forma parte de la teoría de la conducta planeada.

4 La discriminación del riesgo tampoco figura entre los componentes del modelo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 4.3. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 161-163.

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

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

98 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Además de McCrae y Costa, de los siguientes autores ¿quiénes proponen modelos de personalidad de 5 factores?:

1 Tupes y Christal. ✓

2 Cattell.

3 Eysenck.

4 Ashton.

Tupes y Christal encontraron cinco factores antes que Costa y McCrae

En la historia del modelo de los **cinco factores**, Bermúdez, Pérez García y Sanjuán recogen que **Tupes y Christal** (1961) reanalizaron los datos de ocho muestras distintas y, con diferentes métodos de rotación, encontraron en todas **cinco factores**, que llamaron Extraversión, Afabilidad, Tesón, Estabilidad emocional frente a Neuroticismo y Apertura mental. Norman (1963) replicó después esa estructura. Los otros autores proponen modelos distintos. **Cattell** obtuvo 16 factores de primer orden, recogidos en el 16PF, y **Eysenck** describió tres dimensiones, Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo.

1. Son los autores que identificaron la estructura de cinco factores.
2. Cattell defiende 16 factores de primer orden, y los análisis de esos factores dan 8 de segundo orden. Colom recoge que, según John (1990), cinco de esos factores secundarios se corresponden con los Big Five, pero Cattell discrepó de esa interpretación.
3. El modelo PEN de Eysenck propone tres dimensiones independientes.
4. Ashton y Lee (2007) proponen el modelo HEXACO, que tiene seis factores: añade la Honestidad-Humildad a dimensiones parecidas a las del modelo de los cinco.

Ojo. El PDF de Bermúdez 2017 no conserva la paginación impresa, así que se cita por capítulo. Colom (2018, cap. 14, pág. 418) también atribuye la propuesta del Big Five a Tupes y Christal (1961).

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 (Cattell y Eysenck) y cap. 5 (historia del modelo de los cinco factores). Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, pág. 44 (modelo HEXACO). Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, págs. 418 y 420.

EN EL ATLAS

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

99 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

El modelo de estructura del intelecto propuesto inicialmente por Guilford postula existencia de:

1 Un total de 15 (5+4+6) aptitudes de inteligencia.

2 Un total de 120 (5x4x6) aptitudes de inteligencia. ✓

3 Tres aptitudes de inteligencia (general, de grupo y específica).

4 Tres aptitudes de inteligencia (analítica, práctica y creativa).

Guilford combinó contenidos, operaciones y productos en 120 aptitudes

Sánchez-Elvira explica que Guilford rechazó el factor g y propuso el **modelo de la estructura del intelecto**, también llamado modelo cúbico por su forma. La inteligencia estaría compuesta por **120 aptitudes independientes**, fruto de combinar tres dimensiones, los **contenidos**, las **operaciones** (o procesos) y los **productos** (o resultados). Hay 5 facetas de operaciones, 4 de contenidos y 6 de productos, de modo que 5 × 4 × 6 dan 120. El manual añade que en 1980 el modelo se amplió a 150 aptitudes, todas del mismo rango de generalidad.

1 Suma las facetas en lugar de multiplicarlas. Las aptitudes resultan de todas las combinaciones posibles entre las tres dimensiones.

2 Es el cálculo que recoge el manual para el modelo inicial.

3 General, de grupo y específicos son los niveles del modelo jerárquico de Vernon, que sitúa en la cima un factor general.

4 Analítica, práctica y creativa son las inteligencias de la teoría triárquica de Sternberg.

Trampa. La opción 1 usa las mismas cifras del modelo, pero sumadas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 222, 240-241 y 247.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 203

100

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 (2011) presenta la teoría de **Weiner** como una propuesta integradora de la atribución. Weiner clasifica las cuatro causas de Heider (capacidad, motivación, dificultad de la tarea y suerte) en dos dimensiones. El **locus de causalidad** sitúa la responsabilidad dentro o fuera de la persona, y la **estabilidad** recoge si la causa se mantiene o puede variar. Después incorpora una tercera, la **controlabilidad**, el grado en que la persona controla la causa: 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 la información que combina el modelo de covariación de Kelley.
2. Internalidad, estabilidad y globalidad son las dimensiones de la reformulación atribucional de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale).
3. Mezcla la estabilidad con dos dimensiones que no forman parte del modelo de Weiner.
4. Son las tres dimensiones de Weiner.

Trampa. Cada distractor es el trío de dimensiones de otro modelo de atribución: Kelley en la opción 1 y la indefensión aprendida reformulada en la 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, tabla 8.6, págs. 355-356; pág. 378. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 3 (dimensiones de Abramson, Seligman y Teasdale).

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 198

101 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

Desde la teoría componencial de Sternberg, el autor destaca los siguientes componentes para la adquisición del conocimiento:

1 Reconocimiento, monitorización y comprensión.

2 Codificación, inferencia y aplicación.

3 Codificación selectiva, combinación selectiva y comparación selectiva. ✓

4 Inferencia, selección y decisión selectiva.

Los componentes de adquisición del conocimiento son la codificación, la combinación y la comparación selectivas

Sánchez-Elvira expone la **teoría componencial** de Sternberg, que distingue tres tipos de componentes. Los **metacomponentes** dirigen la monitorización y la evaluación en la resolución de problemas; Sternberg postula diez. Los componentes de ejecución ejecutan sus órdenes: codificación del estímulo, inferencia de relaciones y aplicación de esa inferencia. Los **componentes de adquisición del conocimiento** intervienen en el aprendizaje y almacenamiento de nueva información, y los más importantes son la **codificación selectiva**, la **combinación selectiva** y la **comparación selectiva** con lo ya almacenado.

1 Reconocimiento del problema, monitorización de la ejecución y comprensión del feedback son tres de los diez metacomponentes.

2 Codificación, inferencia y aplicación son los componentes de ejecución.

3 Son los tres componentes de adquisición del conocimiento.

4 Inferencia, selección y decisión selectiva no forman ningún grupo de componentes en el manual.

> **Para fijarlo.** Para aprender algo nuevo, Sternberg pide seleccionar tres veces: qué codificar, cómo combinarlo y con qué compararlo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 300-303.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 55

102 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 4

Respecto a las teorías implícitas de personalidad, señala la alternativa correcta:

1. Algunas personas consideran que los atributos personales pueden cambiarse, es decir, poseen una teoría implícita de entidad.
2. Las teorías implícitas, como creencias que son, no están sujetas a influencias ni pueden cambiar.
3. Algunas personas consideran que los atributos personales se poseen en una cantidad fija y no pueden cambiarse, es decir, poseen una teoría implícita incremental.
4. Algunas personas consideran que los atributos personales se poseen en una cantidad fija y no pueden cambiarse, es decir, poseen una teoría implícita de entidad. ✓

Quien cree que sus atributos son fijos tiene una teoría implícita de entidad

Bermúdez (2011) recoge las **teorías implícitas** o autoteorías estudiadas por Dweck sobre la maleabilidad de los propios atributos, como la inteligencia, la personalidad o el carácter moral. Algunas personas creen que los atributos se poseen en una **cantidad fija** y no pueden cambiarse, una **teoría de entidad**; otras creen que pueden cambiarse, una **teoría incremental**. En Estados Unidos ambas son igual de frecuentes, con un 40 % de cada tipo y un 20 % de indecisos. Aunque son relativamente estables, como creencias que son **están sujetas a influencias** y pueden cambiar con instrucciones o programas de intervención.

1. Creer que los atributos pueden cambiarse corresponde a la teoría incremental.
2. El manual dice lo contrario. Los estudios de laboratorio muestran que están sujetas a influencias y pueden cambiar.
3. Atribuye a la teoría incremental la definición de la teoría de entidad.
4. Es la definición de teoría de entidad que da el manual.

Trampa. Las opciones 1, 3 y 4 juegan con las mismas dos definiciones; solo la 4 empareja bien la creencia con su nombre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, págs. 225-226.

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

103 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

¿Qué autores proponen un modelo en el que se ensalza la relevancia tanto del sistema cognitivo-afectivo de la personalidad como de las características psicológicas de la situación a la hora de explicar la conducta humana?:

1. A. Bandura.
2. W. Mischel e Y. Shoda. ✓
3. H. Eysenck y M. Eysenck.
4. J. Gray.

Mischel y Shoda integran el sistema cognitivo-afectivo de la persona y la situación psicológica

Bermúdez (2011) describe tres modelos de la personalidad. El **internalista** da el peso explicativo a variables personales, y en él se sitúan autores como Eysenck o Gray. El **situacionista** se ha reconducido hacia los modelos sociocognitivos de Bandura y hacia el **sistema cognitivo-afectivo de personalidad** (CAPS) de **Mischel y Shoda** (1995). En el modelo **interaccionista** la conducta depende de la interacción entre variables personales y situacionales. Entre las personales pesan sobre todo los factores cognitivos, cuyo entendimiento Mischel completa con el CAPS al incorporar los emocionales, y de la situación lo más relevante es su **significado psicológico**.

1. Bandura representa el enfoque sociocognitivo, pero el sistema cognitivo-afectivo de personalidad es la propuesta de Mischel y Shoda.
2. Son los autores del CAPS.
3. Eysenck se sitúa en el modelo internalista, de base biológica.
4. Gray también pertenece al modelo internalista.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, págs. 45-49. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 2, apdos. 3.2 y 3.3 (modelos situacionista e interaccionista).

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 46, PIR 2024 · n.º 44

104 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes modelos surge con el objetivo de identificar las bases biológicas que subyacen a la inteligencia?:

1. Modelo de la integración parieto-occipital de la inteligencia.
2. Modelo de la integración frontal-parietal de la inteligencia. ✓
3. Modelo de la integración temporo-parietal de la inteligencia.
4. Modelo de la integración frontal-temporal de la inteligencia.

El modelo P-FIT liga la inteligencia a la integración de regiones frontales y parietales

Colom explica que Rex **Jung** y Richard **Haier** integraron en 2007 los resultados de 37 estudios de neuroimagen sobre la relación entre la estructura y la función cerebral y la inteligencia. De ahí salió el **modelo de la integración frontal-parietal de la inteligencia** (**P-FIT**). Aunque destaca las **regiones parietales y frontales**, también considera las temporales y occipitales, que procesan la información sensorial que luego se integra en el lóbulo parietal; el **control cognitivo** y la evaluación de alto nivel correrían a cargo de las regiones frontales. El manual advierte de que es un análisis cualitativo.

1. Las regiones occipitales procesan la información sensorial, pero el modelo no se llama así.
2. Es el nombre del modelo de Jung y Haier.
3. Las regiones temporales participan, pero el núcleo del modelo es la integración frontal-parietal.
4. Tampoco existe en el manual un modelo de integración frontal-temporal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 12, apdo. 1.1, pág. 327.

Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Colom (Ampliación).

105

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

De entre los siguientes tipos de pruebas, ¿en cuáles se evalúa la creatividad mediante las puntuaciones en fluidez, flexibilidad y originalidad de las respuestas de los participantes?:

1. Test de pensamiento divergente. ✓
2. Test de pensamiento convergente.
3. Inventarios de juicios de productos.
4. Inventarios de actitudes e intereses.

Fluidez, flexibilidad y originalidad se puntúan en los tests de pensamiento divergente

Sánchez-Elvira recuerda que Guilford propuso estudiar la creatividad con tests de papel y lápiz, y que muchos consideran el **pensamiento divergente** el elemento cognitivo central de la creatividad. Pensar de forma divergente es partir de un estímulo y producir múltiples posibilidades, como en el test de **usos inusuales**; el **pensamiento convergente** reúne información para llegar a una respuesta correcta. Al buscar los rasgos cognitivos primarios de la creatividad, Guilford encontró la **fluidez** (número de respuestas relevantes), la **flexibilidad** (número de categorías de respuesta) y la **originalidad** (rareza estadística de las respuestas).

1. Son los tests en los que se puntúan esas tres dimensiones.
2. El pensamiento convergente busca una única respuesta correcta, así que no admite puntuaciones de fluidez ni de flexibilidad.
3. El producto creativo es una de las facetas desde las que se estudia la creatividad, pero no se evalúa con esas tres puntuaciones.
4. Los inventarios de actitudes e intereses no miden fluidez, flexibilidad ni originalidad de las respuestas.

> **Para fijarlo.** Pide usos para un vaso: cuántos das es fluidez, de cuántos tipos es flexibilidad y cuántos se le ocurren a casi nadie es originalidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 435-437.

EN EL ATLAS

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

106

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H16 · Personalidad y psicopatología

Respuesta correcta: 2

¿Qué dimensiones de personalidad del modelo de cinco factores de Costa y McCrae se relacionan con el factor general de psicopatología o factor p?:

1 Neuroticismo, apertura a la experiencia y extraversión.

2 Neuroticismo, responsabilidad y amabilidad/cordialidad. ✓

3 Neuroticismo, responsabilidad y apertura a la experiencia.

4 Neuroticismo, extraversión y amabilidad/cordialidad.

El factor p se asocia a baja cordialidad, baja responsabilidad y alto neuroticismo

Colom presenta el **factor p**, la propensión general a desarrollar cualquier clase de psicopatología, a partir del Estudio Longitudinal Dunedin de Caspi et al. Una puntuación alta en p expresa más problemas vitales, peores historias de desarrollo y un funcionamiento cerebral comprometido en los primeros años. Las personas con p alto tienen problemas para regular la relación con los demás (**baja cordialidad**), con el ambiente (**baja responsabilidad**) y consigo mismas (**alto neuroticismo**). Para el manual, eso muestra que las dimensiones de la personalidad normal son relevantes para entender los trastornos psicopatológicos.

1 Apertura y extraversión no son las dimensiones que el manual relaciona con el factor p.

2 Son las tres dimensiones que el manual asocia a puntuaciones altas en p.

3 Sustituye la cordialidad por la apertura a la experiencia.

4 Sustituye la responsabilidad por la extraversión.

Ojo. Colom distingue el factor p minúsculo, de psicopatología, del factor general de personalidad P mayúsculo, que resulta de alta apertura, responsabilidad, extraversión y cordialidad y bajo neuroticismo (pág. 422). Confundirlos lleva a las opciones con apertura y extraversión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, apdo. 3.1, pág. 425.

EN EL ATLAS: Tema H16 · Personalidad y psicopatología. Se estudia con Colom (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 55

107

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

¿Quién fue el introductor del concepto de cociente intelectual?:

1 William Stern. ✓

2 James McKeen Catell.

3 Alfred Binet.

4 Louis Terman.

William Stern creó en 1912 el concepto de cociente intelectual

Moreno Rosset y Ramírez Uclés recuerdan que el primer test psicométrico fue la **Escala Métrica de la Inteligencia** de **Binet y Simon** (1905), con la que se introdujo el concepto de **edad mental**. En 1912 el psicólogo alemán **William Stern** creó el **cociente intelectual** combinando la edad mental y la edad cronológica. Terman y colaboradores ampliaron en 1916 el test de Binet y Simon, lo tipificaron en Estados Unidos y adoptaron de Stern la idea de dividir la puntuación del niño por su edad cronológica.

1. Es el autor del concepto de cociente intelectual.
2. Moreno Rosset y Ramírez Uclés atribuyen a James McKeen Cattell la introducción del término test (1890); el cociente intelectual lo creó Stern.
3. Binet y Simon introdujeron la edad mental; el cociente vino después, con Stern.
4. Terman adoptó la idea de Stern en su revisión del test de Binet, pero no la creó.

Trampa. Binet y Terman están en la misma historia que Stern, pero uno trajo la edad mental y el otro difundió el cociente que Stern había creado.

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. 1, pág. 47; cap. 6, pág. 219; cap. 12, pág. 427.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Moreno Rosset (Base). Moreno Rosset es Ampliación del tema E1.

108

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Cuando comparamos modelos clásicos de personalidad, como el PEN, con el modelo de los cinco grandes, podemos observar:

1. La correspondencia entre un mayor psicoticismo y una menor cordialidad y responsabilidad. ✓
2. La correspondencia entre un mayor psicoticismo y una mayor cordialidad y responsabilidad.
3. La correspondencia entre un menor psicoticismo y una menor cordialidad y responsabilidad.
4. La correspondencia entre un mayor psicoticismo y una mayor cordialidad y menor responsabilidad.

A mayor psicoticismo, menor cordialidad y menor responsabilidad

Colom recoge la comparación de John (1990) entre los modelos clásicos y el **Big Five**. Se han encontrado altas relaciones entre la Extraversión de Eysenck y el factor 1 del Big Five, y entre el Neuroticismo de Eysenck y el factor 4. El **Psicoticismo** se relaciona **negativamente** con los factores 2 y 3, la **cordialidad** y la **responsabilidad**, de modo que a mayor P, menor cordialidad y responsabilidad. El manual añade que, según John, tres de los ocho factores secundarios de Cattell no resumen más que un factor primario.

1. Es la relación que describe el manual.
2. Invierte el signo de las dos relaciones, que son negativas.
3. Invierte el polo del psicoticismo: es el psicoticismo alto el que va con baja cordialidad y baja responsabilidad.
4. El psicoticismo se relaciona negativamente con las dos dimensiones, así que ambas bajan cuando sube P.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, pág. 420.

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

109

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Señale qué dimensión del modelo de los cinco grandes recoge mejor la calidad de la interacción social:

1. Cordialidad. ✓
2. Extraversión.
3. Estabilidad emocional.
4. Responsabilidad.

La cordialidad recoge la calidad de la interacción y la extraversión, su cantidad

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán describen las cinco dimensiones de Costa y McCrae. La **Extraversión** hace referencia a la **cantidad y la intensidad** de la interacción entre personas, al nivel de actividad, a la necesidad de estímulos y a la capacidad de disfrutar. La **Afabilidad** también se refiere a las interacciones interpersonales, pero en su **aspecto cualitativo**: quien puntúa alto es generoso, confiado, servicial e indulgente. Colom llama **cordialidad** a esta segunda dimensión. El Tesón alude a la organización y la persistencia en la conducta dirigida a objetivos, y el Neuroticismo, al ajuste emocional.

1. Es la dimensión de la calidad de la interacción, que Bermúdez llama Afabilidad y Colom, cordialidad.
2. La extraversión recoge la cantidad y la intensidad de la interacción; su aspecto cualitativo corresponde a la afabilidad.
3. La estabilidad emocional es el polo opuesto del neuroticismo, que valora el ajuste emocional.
4. La responsabilidad, o tesón, alude a la organización, la persistencia, el control y la motivación en la conducta dirigida a objetivos.

Ojo. El PDF de Bermúdez 2017 no conserva la paginación impresa, así que se cita por capítulo.

Trampa. «Cordialidad» designa dos cosas en el corpus: el nombre que Colom da a la segunda dimensión del Big Five y la primera faceta de la Extraversión (E1 en Bermúdez, capacidad para establecer vínculos con otros; también la primera faceta de BF1 en la lista de Costa y McCrae que recoge Colom, pág. 420).

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 (dimensiones del modelo de los cinco factores). Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, figura 14.6, págs. 419-420.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 49

110 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones incluye la evaluación de los patrones de afrontamiento (resistencia y compromiso):

1. Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985; Fonseca-Pedrero et al., 2010).
2. Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS; Haddock et al., 1999; González et al., 2003).
3. Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQ-R; Chadwick et al., 2000; Robles García et al., 2004). ✓
4. Voice Power Differential Scale (VPDS; Birchwood et al., 2000).

El BAVQ-R evalúa las creencias sobre las voces y los patrones de afrontamiento

Belloch (2020) reúne en la tabla 6.9 los principales instrumentos para evaluar las alucinaciones y sus factores de mantenimiento. Para los fenómenos alucinatorios están la LSHS-R, un autoinforme con cuatro factores, y la **PSYRATS**, una entrevista estructurada sobre las dimensiones de las alucinaciones auditivas. En el bloque de creencias, patrones de afrontamiento y relación con las voces están el **BAVQ-R** y la VPDS. El BAVQ-R es el único que incluye **patrones de afrontamiento**, con una escala de **resistencia** (cinco ítems) y otra de **compromiso** (cuatro), además de las creencias de malevolencia, benevolencia y omnipotencia.

1. La LSHS-R evalúa fenómenos alucinatorios en cuatro factores: pensamientos intrusos, ensoñaciones vívidas, alucinaciones multimodales y alucinaciones visuales y auditivas.
2. La PSYRATS evalúa las dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas en once ítems, sin un apartado de afrontamiento.
3. Es el instrumento que incluye resistencia y compromiso.
4. La VPDS mide la diferencia de poder percibida entre las voces y el oyente en siete dimensiones.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS FENÓMENOS ALUCINATORIOS Y DE LOS FACTORES DE MANTENIMIENTO IMPLICADOS (TABLA 6.9)

Instrumento	Autor/es	Propiedades	Dominios de evaluación
Alucinaciones			
Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R).	Bentall y Slade (1985). Versión española: Fonseca-Pedrero et al. (2010).	Autoinforme	Fenómenos alucinatorios (Siddi et al., 2019): Factor 1: pensamientos intrusos; Factor 2: ensoñaciones vívidas; Factor 3: alucinaciones multimodales; Factor 4: alucinaciones visuales y auditivas.
Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). Escala de alucinaciones auditivas (Auditory Hallucination Scale, AHS).	Haddock, et al. (1999). Adaptación española: González et al. (2003).	Entrevista estructurada	Dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas (once ítems)
Creencias, patrones de afrontamiento y relación con las voces			
Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R).	Chadwick et al. (2000a). Adaptación española: Robles-García et al. (2004).	Autoinforme	Creencias sobre las voces: Malevolencia (seis ítems); Benevolencia (seis ítems); Omnipotencia (seis ítems). Patrones de afrontamiento: Resistencia (cinco ítems); Compromiso (cuatro ítems).
Voice Power Differential Scale (VPDS).	Birchwood et al. (2000).	Autoinforme. 7 dimensiones	Diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente. Dimensiones: fuerza, confianza, respeto, capacidad de hacer daño, superioridad y conocimiento.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.9, pág. 186

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 6.9, pág. 186.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 208, PIR 2024 · n.º 23, PIR 2024 · n.º 132

111

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L8 · Encuesta y metodología observacional

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes decisiones NO pertenece al muestreo intersesional?:

1. Período de observación.
2. Número de sesiones de observación.
3. Criterios de inicio de sesión.
4. Intervalos en que se divide la sesión de observación. ✓

Dividir la sesión en intervalos es una decisión de registro dentro de la sesión

Quintanilla et al. separan dos decisiones de **muestreo** en la metodología observacional. El **muestreo intersesional** determina **cuándo observar**: fija los criterios de inicio y final de las sesiones, sea con un criterio fijo (temporal, conductual o de eventos) o con una selección aleatoria de los inicios dentro del **periodo de observación**. El **muestreo intrasesional** selecciona a los individuos concretos y el momento en particular en que hay que observar dentro de cada sesión. Dividir la sesión en breves intervalos de igual duración pertenece al **registro activado por unidades de tiempo** (RAUT), que especifica cómo se registra la conducta dentro de cada sesión.

1. El periodo de observación es el marco en el que se seleccionan los inicios de las sesiones, una decisión intersesional.
2. Moreno Rosset y Ramírez Uclés incluyen cuántas sesiones van a realizarse entre las decisiones del muestreo de tiempo, junto al tiempo total de observación y la periodicidad, es decir, entre las decisiones sobre las sesiones.
3. Los criterios de inicio y final de las sesiones definen el muestreo intersesional.
4. Los intervalos en que se divide la sesión pertenecen al registro dentro de la sesión; Moreno Rosset los distingue de las decisiones sobre las sesiones (registro continuo o por intervalos de 15 minutos).

Ojo. La obra de la que sale la lista de decisiones intersesionales (Moreno Rosset, 2005) no está en el corpus, y la edición de 2019 no usa los términos intersesional e intrasesional. Su muestreo de tiempo sí separa las decisiones sobre las sesiones (cuánto tiempo, cuántas sesiones, con qué periodicidad) del registro dentro de cada sesión, continuo o por intervalos (pág. 259). El PDF de Quintanilla no conserva la paginación impresa, así que 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. 9.4.1.1, 9.4.1.2 y 9.4.2.1, y resumen del capítulo. 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. 4.2.1, pág. 259.

EN EL ATLAS
Tema L8 · Encuesta y metodología observacional. Se estudia con Quintanilla (Base). Moreno Rosset es Ampliación del tema E5 · La observación sistemática.

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 72

112

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

Entre las fuentes de error en la observación procedentes del sistema de observación se incluye:

1 Grado de entrenamiento para la observación.

2 Grado de participación en la observación.

3 Tipo de registro elegido para la observación. ✓

4 Expectativas creadas para la observación.

El tipo de registro elegido es una fuente de error del sistema de observación

Fernández-Ballesteros, y también Moreno Rosset y Ramírez Uclés, agrupan las fuentes de error de la observación en tres procedencias: el **observador**, el **sujeto observado** y el **sistema o método de observación**. Según Moreno Rosset, del observador proceden la falta de experiencia con la metodología y los instrumentos de registro, que se corrige con entrenamiento, las **expectativas previas** ante la tarea y el grado de participación. Del sujeto procede la reactividad al sentirse observado. El sistema de observación aporta los errores del **código o registro elegido**, del muestreo y de los dispositivos técnicos; para Fernández-Ballesteros, el tipo de registro elegido afecta tanto a la fiabilidad como a la validez.

1 La falta de entrenamiento es un error procedente del observador.

2 El grado de participación del observador es otra distorsión que el manual atribuye al observador.

3 Es una de las tres fuentes de error del sistema de observación.

4 Las expectativas previas también proceden del observador y se controlan con observadores que desconozcan el estudio.

Trampa. Tres opciones son errores del observador; solo una procede del sistema de observación.

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. 221-224. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 270-271.

EN EL ATLAS

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

113

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

¿Qué índice se obtiene en todas las escalas de inteligencia de Wechsler (WPSSI-IV, WISC-V y WAIS-IV)?:

1 Índice visoespacial.

2 Índice razonamiento perceptivo.

3 Índice memoria de trabajo. ✓

4 Índice razonamiento fluido.

De los índices propuestos, solo el de memoria de trabajo está en WPPSI-IV, WISC-V y WAIS-IV

La tabla 12.3 de Moreno Rosset y Ramírez Uclés resume las escalas de Wechsler en sus versiones españolas. El **WPPSI-IV** da de 2:6 a 7:7 años los índices primarios de comprensión verbal, visoespacial y **memoria de trabajo**, y de 4:0 a 7:7 añade razonamiento fluido y velocidad de procesamiento. El **WISC-V** ofrece cinco índices primarios: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. El **WAIS-IV** tiene comprensión verbal, **razonamiento perceptivo**, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. De los cuatro índices de las opciones, solo la memoria de trabajo está en las tres escalas; el CI total y el índice de capacidad general también son comunes, pero no se preguntan.

1 El índice visoespacial está en el WPPSI-IV y el WISC-V, pero el WAIS-IV no lo tiene.

2 El razonamiento perceptivo solo aparece en el WAIS-IV.

3 Es el único de los cuatro índices propuestos que dan las tres escalas en todas sus edades.

4 El razonamiento fluido falta en el WAIS-IV y en el WPPSI-IV de 2:6 a 3:11 años.

ESCALAS DE WECHSLER EN SUS VERSIONES ESPAÑOLAS: WPPSI-IV (2014), WISC-V (2015) Y WAIS-IV (2012) (TABLA 12.3, COLUMNAS DE EDADES Y DE DATOS QUE OFRECE)

Prueba	Edades	Datos que ofrece
WPPSI-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-IV (Wechsler, 2014)	De 2:6 a 7:7 años y se estructura en dos niveles de edad: entre 2:6 y 3:11; entre 4:0 y 7:7	Índice de la Escala total: CI total (CIT): se calcula en los dos niveles de edad. Índices de las Escalas Primarias: de 2:6 a 3:11 y de 4:00 a 7:7 años: Índice de comprensión verbal (ICV); Índice visoespacial (IVE); Índice de memoria de trabajo (IMT). Índices de 4:0 a 7:7 años que se añaden a los anteriores: Índice de razonamiento fluido (IRF); Índice de velocidad de procesamiento (IVP). Índices de las Escalas secundarias: de 2:6 a 3:11 y de 4:00 a 7:7 años: Índice de adquisición de vocabulario (IAV); Índice no verbal (INV); Índice de capacidad general (ICG). De 4:0 a 7:7 años se añade a los Índices anteriores: Índice de competencia cognitiva (ICC).
WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (Wechsler, 2015)	De 6:00 a 16:11	Índice de la Escala total: CI total (CIT). Índices de las Escalas Primarias: Índice de comprensión verbal (ICV); Índice visoespacial (IVE); Índice de razonamiento fluido (IRF); Índice de memoria de trabajo (IMT); Índice de velocidad de procesamiento (IVP). Índices de las Escalas secundarias: Índice de razonamiento cuantitativo (IRC); Índice de memoria de trabajo auditiva (IMTA); Índice no verbal (INV); Índice de capacidad general (ICG); Índice de comprensión cognitiva (ICC).
WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (Wechsler, 2012)	De 16:00 a 89:11	Índice de la Escala total: CI total (CIT); Índice de comprensión verbal (ICV); Índice de razonamiento perceptivo (IRP); Índice de memoria de trabajo (IMT); Índice de velocidad de procesamiento (IVP); Índice de capacidad General (ICG) (opcional).

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 12, tabla 12.3, pág. 437

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.3, 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

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes pruebas es una entrevista semiestructurada para evaluar el trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y la adolescencia?:

1. Inventario de Obsesiones de Leyton, versión para niños (LOI-CV) de Berg y colaboradores.
2. Escala Yale –Brown de Obsesiones y Compulsiones para niños (CY-BOCS) de Scahill y colaboradores. ✓
3. Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOCI) de Hodgson y Rachman.
4. Inventario Obsesivo-Compulsivo para niños (CHOCI) de Shafran y colaboradores.

La CY-BOCS es una entrevista semiestructurada para el TOC infantil

Vallejo y Rodríguez presentan la **Escala de Yale-Brown de obsesiones y compulsiones para niños** (**CY-BOCS**; Scahill et al., 1997), una versión modificada de la de adultos para edades de 6 a 17 años y la más utilizada en niños y adolescentes. Es una **entrevista semiestructurada** de 10 ítems, cinco de obsesiones y cinco de compulsiones, puntuados de 0 a 4 (rango de 0 a 40), que mide tiempo, interferencia, malestar y resistencia, entre otros factores. Los demás instrumentos de las opciones son cuestionarios. El **LOI-CV** se desarrolló a partir de la versión para adultos y se usa sobre todo como prueba de **screening**.

1. El LOI-CV es un cuestionario de 20 ítems, muy considerado como prueba de screening en el ámbito comunitario.
2. Es la entrevista semiestructurada más utilizada en niños y adolescentes.
3. Como indica su nombre, el MOCI de Hodgson y Rachman (1977) es un inventario; Carrasco lo recoge entre los instrumentos de evaluación del TOC.
4. El ChOCI de Shafran et al. (2003) es un inventario de 32 ítems que puede usarse como autoinforme o como escala para padres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 5, pág. 222. Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Capítulo de evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 115-116.

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

115 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 2

¿Qué indicación es apropiada para ajustar la entrevista a un escolar de 9 años?:

1. Utilizar preferentemente preguntas cerradas.
2. Evitar preguntas que empiecen con "¿por qué?". ✓
3. Recurrir a juegos no verbales (dibujos, juguetes, etc.).
4. Emplear alternativas de respuesta para reducir la probabilidad de sugestión.

Con un escolar conviene evitar las preguntas que empiezan por «¿por qué?»

Moreno Rosset y Ramírez Uclés ofrecen indicaciones para ajustar la entrevista al **nivel de desarrollo**. Con los **escolares** (6-11 años) recomiendan establecer rapport a partir de intereses y puntos fuertes, emplear dibujos y juegos de mesa o con mayor contenido verbal, usar **preguntas abiertas** y **evitar las que empiezan con «¿por qué?»**, sustituyéndolas por «¿qué?» o «¿cuándo?». Los **juegos no verbales** se reservan para los preescolares (3-5 años), y los **formatos estructurados** con alternativas de respuesta, para los adolescentes (12-18 años), porque reducen la probabilidad de sugestión.

1. Para los escolares el manual recomienda preguntas abiertas.
2. Es una de las indicaciones para los escolares de 6 a 11 años.
3. Los juegos no verbales (dibujos, juguetes, muñecas) se indican para los preescolares. Con los escolares se usan dibujos y juegos de mesa o con mayor contenido verbal.
4. Las alternativas de respuesta para reducir la sugestión se proponen, si es adecuado, con los adolescentes.

INDICACIONES PARA AJUSTAR LA ENTREVISTA A DISTINTOS NIVELES DE DESARROLLO

Nivel de desarrollo	Indicaciones del manual
Preescolares (3-5 años)	Facilitar la comodidad en la situación de entrevista permitiendo la presencia de los padres y juguetes propios. Utilizar juegos no verbales (dibujos, juguetes, muñecas). Realizar preguntas específicas sobre situaciones familiares, pero evitar las cerradas. Ofrecer ayudas si se pregunta sobre personas y situaciones no presentes. Usar frases cortas y términos concretos. Emplear el vocabulario del niño.
Escolares (6-11 años)	Establecer rapport indagando sobre intereses y puntos fuertes. Emplear dibujos y juegos de mesa o con mayor contenido verbal. Evitar juzgar, y mostrar aceptación incondicional. Utilizar preguntas abiertas. Evitar preguntas que empiecen con ¿Por qué? En su lugar utilizar ¿Qué? ¿Cuándo? Simplificar las frases que no se entiendan. Explicar los términos nuevos que se introduzcan.
Adolescentes (12-18 años)	Favorecer la iniciativa y la expresión de opiniones al inicio de la entrevista. Comentar la confidencialidad. Indagar sobre las opiniones y posibles soluciones personales y mostrar respeto hacia ellas. Utilizar, si es adecuado, formatos más estructurados y alternativas de respuesta (menor probabilidad de sugestión). Evitar términos técnicos y patológicos.

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 5, pág. 207

Trampa. Las tres opciones falsas son indicaciones reales del manual para otras edades o su contrario: preguntas cerradas frente a abiertas, juegos no verbales de preescolares y alternativas de respuesta de adolescentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 207.

EN EL ATLAS

Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

116

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

En el Test de Apercepción Temática para niños (CAT), ¿qué aspecto NO se tiene en cuenta para el análisis del contenido de las historias?:

1 Preferencias e identificaciones. ✓

2 Conflictos significativos.

3 Figuras vistas como...

4 Naturaleza de la ansiedad.

Las preferencias e identificaciones son del Pata Negra y quedan fuera del análisis del CAT

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que el **CAT** de Bellak aplica al examen del niño, de 3 a 10 años, los principios del TAT, con láminas de animales en situaciones humanas, y que sus normas de interpretación son las mismas que las del TAT. Para el **análisis del contenido de las historias** enumeran siete aspectos: el tema principal, el héroe principal, las necesidades e impulsos del héroe, las figuras vistas como..., los conflictos significativos, la naturaleza de las ansiedades y la integración del yo. Las preferencias e identificaciones no están en esa lista. El manual las asocia al **Test de Pata Negra** de Corman, que explora los conflictos propios del desarrollo mediante la narración de cuentos y el **método de preferencias/identificación**.

1 El método de preferencias/identificación es propio del Test de Pata Negra, que el manual describe justo después del CAT. No figura entre los aspectos del análisis de contenido del CAT.

2 Conocer el tipo de conflictos y cómo reacciona el niño ante ellos es uno de los aspectos que se analizan.

3 «Figuras vistas como...» recoge la manera en que el niño percibe a las figuras que lo rodean y cómo reacciona ante ellas, y está en la lista del manual.

4 La naturaleza de las ansiedades, relacionadas con el castigo, el daño físico, la soledad o la desaprobación, también se analiza, junto con las defensas que usa el niño.

Trampa. La opción correcta suena a técnica proyectiva infantil porque lo es: procede del Pata Negra, el test que el manual explica inmediatamente después del CAT.

Para fijarlo. Preferir láminas e identificarse con un personaje es el método del cerdito de la mancha negra; el CAT se analiza por tema, héroe, necesidades, figuras, conflictos, ansiedades e integración del yo.

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, págs. 395-396.

EN EL ATLAS

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

117

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 3

A diferencia del MMPI para adultos, en la versión para adolescentes:

1. Se han agregado áreas de contenido como el potencial agresivo.
2. Contiene 11 escalas clínicas, 5 para relaciones personales y 5 para el tratamiento.
3. Incluye escalas suplementarias para evaluar problemas de alcohol y drogas, y la inmadurez. ✓
4. Se ha reducido a 300 el número de ítems.

El MMPI-A añade escalas suplementarias de alcohol y drogas y de inmadurez

Moreno Rosset y Ramírez Uclés presentan el **MMPI-A** como la primera revisión del MMPI original para evaluar a adolescentes. Más que una simple adaptación, incorpora nuevos ítems acordes con el desarrollo o la psicopatología adolescente, **nuevas escalas de contenido** de uso específico (problemas escolares, bajas aspiraciones, alienación o problemas de conducta), **tres nuevas escalas suplementarias**, dos para los **problemas de alcohol y drogas** y una para la **inmadurez**, y una reducción sustancial del número de elementos, **de 567 a 478**. En total tiene 10 escalas básicas o clínicas, 15 de contenido, 6 suplementarias, 31 subescalas y las escalas de validez, y se aplica entre los 14 y los 18 años.

1. Las escalas de contenido nuevas que cita el manual son problemas escolares, bajas aspiraciones, alienación o problemas de conducta. El potencial agresivo no aparece entre ellas.
2. El MMPI-A tiene 10 escalas básicas o clínicas. Las 11 escalas clínicas, junto con 5 relacionadas con el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales, son del PAI, que el manual describe a continuación.
3. Es una de las aportaciones que enumera el manual: tres escalas suplementarias nuevas, dos de alcohol y drogas y una de inmadurez.
4. El número de elementos se redujo de 567 a 478; la cifra de 300 no aparece en el manual.

Trampa. La opción 2 toma la estructura de otro inventario del mismo capítulo, el PAI, y la presenta como si fuera del MMPI-A.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 476-478.

EN EL ATLAS

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

118

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo · Anulada

Anulada

Según la edad de aplicación, ¿qué prueba de desarrollo general se administra a niños de 10 años?:

1. Escala de Desarrollo de Gesell (GDS).
2. Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (MSCA).
3. Inventario de Desarrollo de Battelle.
4. Batería Luria-Nebraska para Niños.

Ninguna de las cuatro pruebas es de desarrollo general a los 10 años, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. Con las edades de aplicación que recoge el corpus, ninguna opción encaja con lo que pide el enunciado. Las **Escalas de desarrollo de Gesell** abarcan de las 4 semanas a los 60 meses; el **Inventario de Desarrollo Battelle**, de 0 a 8 años, y las **Escalas McCarthy (MSCA)**, de los 2 años y medio a los 8 años y medio. La **Luria-Nebraska** para niños sí incluye los 10 años, porque se usa de los 8 a los 12, pero es una **batería neuropsicológica**, y el enunciado pide una prueba de desarrollo general. El comentario de base atribuye la impugnación a un conflicto entre la clave inicial y las edades del manual, sin decir cuál era esa clave.

1. La Escala de Gesell se aplica de las 4 semanas a los 60 meses, así que no llega a los 10 años.
2. Las MSCA se aplican entre los 2 años y medio y los 8 años y medio.
3. El Battelle evalúa el desarrollo desde los cero hasta los ocho años.
4. La revisión infantil de la Luria-Nebraska se usa de los 8 a los 12 años, pero Wicks-Nelson la presenta como batería neuropsicológica, junto a la de Halstead-Reitan; el enunciado pide una prueba de desarrollo general.

Ojo. El comentario de base cita a Moreno Rosset (2003), que no está en el corpus. Las edades se han tomado de Del Barrio (cap. 5, tablas 1 y 2), de la ficha del Battelle en el apéndice de Fernández-Ballesteros (que también da para las MSCA de 2 años y medio a 8 años y medio) y de Wicks-Nelson. Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019) solo mencionan el Battelle y las McCarthy. En otro capítulo, el de desarrollo psicomotor (pág. 100), Del Barrio dice que las Escalas McCarthy «abarcan edades superiores o llegan a la adolescencia», lo que no casa con la edad de 2;6 a 8;6 de su tabla 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5 (Forns), tablas 1 y 2, págs. 189 y 192; cap. 3, pág. 100. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2, fichas de las MSCA y del BDI. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 5, pág. 108.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 38

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes cuestionarios para la evaluación de la depresión en la infancia cuenta con una forma abreviada?:

1. Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher.
2. Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) de Lozano y Colaboradores.
3. Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovac. ✓
4. Escala de Sintomatología Depresiva para Maestros de Educación Primaria (ESDM 6-12) de Domènech y Polaino.

El CDI de Kovacs cuenta con una forma abreviada de 10 ítems

En el capítulo de depresión del manual de Vallejo y Rodríguez, el **Inventario de Depresión Infantil (CDI)** de Kovacs aparece como la mejor opción para cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva entre los 7 y los 15 años. Tiene **27 ítems** con tres afirmaciones cada uno y es el cuestionario más utilizado en la evaluación de la depresión infantil. Además, cuenta con una **forma abreviada de 10 ítems** que, en la versión original y en la española, tiene características psicométricas parecidas a las de la forma completa. Como alternativas, el manual cita el **CDS** de Lang y Tisher y el BDI-Y, y para recoger información de otras fuentes, la **ESMD** de Domènech y Polaino, pensada para los maestros.

1. El CDS es una alternativa al CDI con 66 ítems en escala Likert de 5 puntos, aplicable de los 8 a los 16 años. El manual no le atribuye una forma abreviada.
2. El CECAD es un cuestionario de ansiedad y depresión que el corpus solo menciona entre otros instrumentos de evaluación, sin hablar de una forma abreviada.
3. Es el dato del manual: el CDI tiene una forma abreviada de 10 ítems con propiedades parecidas a las de la completa.
4. La ESMD es una escala para maestros, elaborada para la población española y aplicable entre los 8 y los 15 años. Tampoco se describe una versión abreviada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 310. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, pág. 736.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 34

120

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 3

Dentro de las estrategias narrativas en evaluación psicológica, el análisis del proyecto vital (Mahoney):

1. Se focaliza directamente en la elaboración de un relato sobre la identidad personal.
2. Consta de tres fases: recomposición de la vida, viaje por la vida y revisar la revisión vital.
3. Se trata de una evaluación sin restricciones al texto, pero sin criterios hermenéuticos. ✓
4. Utiliza categorías transitivas e intransitivas de afectos para el análisis de la revisión de vida.

El análisis del proyecto vital evalúa el texto sin restricciones y sin criterios hermenéuticos

Moreno Rosset y Ramírez Uclés ordenan las estrategias narrativas según cómo tratan el texto. El **análisis del proyecto vital**, propuesto por **Mahoney** (1991), está en el epígrafe de la **evaluación sin restricciones al texto pero sin criterios hermenéuticos**. A diferencia de las **historias de vida**, centradas directamente en construir un relato sobre la identidad, esta técnica construye el sentido del sí mismo enlazando recuerdos que al principio están dispersos. Se trabaja en **cuatro fases**: creación del inventario de los recuerdos, recomposición de la vida, viaje por la vida y revisar la revisión vital. Las categorías transitivas e intransitivas pertenecen a otro procedimiento, el **QUAINT**.

1. Es lo que el manual dice de las historias de vida. El proyecto vital llega a la identidad de forma indirecta, a partir de la evocación de recuerdos.
2. Falta la primera fase. El manual describe cuatro, y la primera es la creación del inventario de los recuerdos.
3. Es el título del epígrafe en el que el manual sitúa el análisis del proyecto vital.
4. Las categorías transitivas e intransitivas de afectos son del QUAINT, un sistema de análisis de contenido de narrativas interpersonales basado en la transferencia.

Trampa. La opción 2 enumera tres fases reales y omite la primera. Contar las fases basta para descartarla.

Para fijarlo. Inventario, recomposición, viaje y revisión de la revisión: cuatro pasos para que sea la persona, y no el evaluador, quien dé sentido a su vida.

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. 361-364.

EN EL ATLAS

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

121 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 4

En la técnica de observación, ¿qué nombre reciben los productos de conducta procedentes de ejecuciones del sujeto en el pasado?:

1 Medidas retrospectivas.

2 Medidas prospectivas.

3 Medidas retroactivas.

4 Medidas no reactivas. ✓

Los productos de conducta procedentes del pasado del sujeto se llaman medidas no reactivas

Fernández-Ballesteros recuerda que gran parte de la observación en evaluación se hace sobre **productos de conducta**, es decir, sobre el resultado de actividades que el sujeto ya ha realizado. Distingue dos tipos: los productos procedentes de las **ejecuciones del sujeto en el pasado**, que los autores denominan **«medidas no reactivas»**, y los productos de las tareas que el evaluador le presenta. Siguiendo a Webb et al. (1966), entre esos datos no reactivos están las **medidas de erosión**, las **de huella** y las **de archivo**; estas últimas, las más interesantes en evaluación, recogen documentos como cuadernos escolares, pinturas o dibujos y notas del currículo académico.

1. «Retrospectivas» alude al pasado, pero no es el nombre que el manual da a estos productos de conducta.
2. El manual no habla de medidas prospectivas, y los productos de conducta son resultados de actividades ya realizadas.
3. Tampoco «retroactivas» aparece en el manual como denominación de los productos de conducta.
4. Es el término del manual para los productos de conducta procedentes de las ejecuciones del sujeto en el pasado.

> **Trampa.** Las opciones 1 y 3 se apoyan en la palabra «pasado» del enunciado. El término técnico no alude al tiempo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 197-198.

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

122 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 4

Indique la respuesta correcta con respecto al pensamiento-en-voz-alta:

1 Es una técnica estructurada de autoinforme.

2 En el registro de eventos, el procedimiento más complejo es la categorización de contenido verbal.

3 La verbalización ocurre independientemente de la conducta informada.

4 Un procedimiento de recogida de los pensamientos es el monólogo continuo. ✓

El monólogo continuo es uno de los tres procedimientos para recoger el pensamiento en voz alta

Fernández-Ballesteros agrupa bajo el **pensamiento-en-voz-alta** los autoinformes sobre conductas cognitivas que se recogen en el momento de producirse, sobre todo en situaciones experimentales. Les atribuye tres rasgos: son **técnicas no estructuradas**, la verbalización ocurre **concurrentemente** con la producción de la conducta informada y se registran en el laboratorio o en la consulta. Siguiendo a Genest y Turk (1981), cita tres procedimientos de recogida: el **monólogo continuo**, en el que el sujeto verbaliza lo que piensa o siente mientras hace una tarea, las muestras de pensamientos y el registro de eventos. Para analizar los datos, el procedimiento **más sencillo** es categorizar el contenido verbal según el análisis previo de la tarea.

1 El manual dice lo contrario: son técnicas no estructuradas, porque permiten cualquier tipo de respuesta y no plantean cuestiones específicas.

2 La categorización del contenido verbal es el procedimiento de análisis más sencillo, y el manual no la presenta como parte del registro de eventos.

3 La verbalización ocurre concurrentemente con la producción de la conducta informada.

4 Es el primero de los tres procedimientos que recoge el manual, junto con las muestras de pensamientos y el registro de eventos.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 3 cambian una sola idea del manual: no estructuradas, más sencillo y concurrentemente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, pág. 262.

EN EL ATLAS: Tema E6 · Los autoinformes. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina a la descripción que hace el entrevistador de lo que está ocurriendo en un determinado momento en cuanto a la relación entre el entrevistador y el entrevistado?:

1 Inmediatez. ✓

2 Interpretación.

3 Encuadre.

4 Confrontación.

La inmediatez hace explícito lo que ocurre en la relación entre clínico y paciente en ese instante

Belloch, Sandín y Ramos definen la **inmediatez** como la técnica que hace explícito, en un momento determinado, lo que está ocurriendo respecto al propio clínico, a la situación o a la **relación entre clínico y paciente** en ese preciso instante. Se trata de poner el foco en lo que el clínico siente **aquí y ahora** para trabajarlo en ese momento y evitar que se resienta el rapport. El manual la incluye entre las técnicas de escucha activa no directivas, aunque advierte que algunos autores la consideran directiva o mixta. La **interpretación**, el **encuadre** y la **confrontación** son técnicas directivas, que parten del marco de referencia del entrevistador.

1. Coincide con la definición del manual: hacer explícito lo que ocurre en la relación entre clínico y paciente en ese preciso instante.
2. La interpretación proporciona explicaciones alternativas a los problemas del paciente desde el marco de referencia del clínico, según su perspectiva teórica.
3. El encuadre ofrece significados alternativos a situaciones que el paciente interpreta de manera negativa, para que vea el mundo desde una perspectiva más adaptativa.
4. La confrontación hace explícita una contradicción que se observa en el discurso o en la conducta del paciente.

OBJETIVOS DE LA INMEDIATEZ (TABLA 4.2, TÉCNICAS NO DIRECTIVAS) Y DE LA INTERPRETACIÓN, EL ENCUADRE Y LA CONFRONTACIÓN (TABLA 4.3, TÉCNICAS DIRECTIVAS)

Técnica	Objetivos
Inmediatez	Discutir algo que el entrevistador siente sobre sí mismo, sobre el entrevistado o sobre la relación, y que no se ha expresado de forma directa. Proporcionar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista. Ayudar a la autoexploración del entrevistado dado que es frecuente que se relacione con el clínico del mismo modo que lo hace con otras personas significativas.
Interpretación	Contribuir al desarrollo de una relación positiva reforzando la autorrevelación del entrevistado y la credibilidad del clínico. Identificar patrones entre mensajes y conductas. Explicitar los mensajes del paciente. Contribuir a que el paciente comprenda mejor su problema desde un marco de referencia distinto al suyo. Promover el autoconocimiento del paciente.
Encuadre	Ayudar a comprender los objetivos del tratamiento. Cambiar el modo de interpretar la conducta de otra persona o situación para que responda de modo diferente.
Confrontación	Animar a explorar maneras alternativas de percibir algún suceso o situación. Hacer consciente al paciente de discrepancias o incongruencias en sus pensamientos, sentimientos o conductas.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 4, tablas 4.2 y 4.3, págs. 100-101

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, tablas 4.2 y 4.3, págs. 100-102.

EN EL ATLAS Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 25, PIR 2024 · n.º 13

Respuesta correcta: 3

Según la Guía de Proceso de Evaluación (GAP) (Fernández-Ballesteros y colaboradores, 2003), ¿en qué subfase el evaluador realiza la tarea de preparar la situación de evaluación y da instrucciones al sujeto?:

1 Operativización de las hipótesis mediante instrumentos y procedimientos de evaluación.

2 Análisis de las demandas, quejas, metas.

3 Recogida de información: recopilación de información pertinente. ✓

4 Discusión y toma de decisiones.

Preparar la situación y dar las instrucciones forma parte de la recogida de información en las GAP

Fernández-Ballesteros presenta las **Guías del Proceso de Evaluación (GAP)**, elaboradas bajo los auspicios de la Asociación Europea de Evaluación Psicológica, y una **Hoja de autovaloración del proceso de evaluación (HAPE)** derivada de ellas. Dentro de la fase de **análisis del caso**, la subfase 1.3, **recogida de información**, comprende planificar, aplicar y valorar la aplicación de los procedimientos de evaluación. Entre sus guías está la número 29: el evaluador **ha preparado la situación de evaluación y ha dado las instrucciones** a los sujetos y demás participantes de acuerdo con estándares técnicos y profesionales. Las otras opciones son subfases anteriores o posteriores del mismo esquema.

1. La operativización de las hipótesis mediante instrumentos es el paso 1.2.2, dentro de la formulación de hipótesis contrastables. Allí se eligen los instrumentos más adecuados, todavía no se aplican.
2. El análisis de las demandas, quejas y metas (1.1) es la primera subfase, en la que se investigan las demandas y se llega a un acuerdo formal.
3. Es la subfase 1.3, cuyas guías incluyen preparar la situación de evaluación y dar las instrucciones.
4. La discusión y toma de decisiones (2.3) llega después del informe, cuando se discute con el cliente y se decide si volver a empezar, finalizar o pasar a intervenir.

FASE 1 DE LAS GAP: ANÁLISIS DEL CASO (EVALUACIÓN DESCRIPTIVA) (CUADRO 4.4)

Subfase	Pasos
1.1. Análisis de las demandas, quejas y metas.	1.1.1. Investigación y evaluación de las demandas del cliente o sujeto. 1.1.2. Síntesis de las demandas del cliente y de los aspectos de la situación problemática general. 1.1.3. Acuerdo formal.
1.2. Formulación de hipótesis de evaluación contrastables: conversión de las demandas, quejas y metas en formulaciones de evaluación.	1.2.1. A partir de la información recogida, formulación de las demandas en términos técnicos. 1.2.2. Operativización de las hipótesis mediante instrumentos y procedimientos de evaluación.
1.3. Recogida de información: recopilación de información pertinente.	1.3.1. Planificación de la administración de los procedimientos de evaluación. 1.3.2. Aplicación de los procedimientos de evaluación. 1.3.3. Valoración de la aplicación de los procedimientos de evaluación.
1.4. Procesamiento de la información: relación de los datos con las hipótesis planteadas.	1.4.1. Análisis de los datos. 1.4.2. Formulación de conclusiones.

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 4, cuadro 4.4, pág. 145

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 5.1, cuadros 4.4 y 4.5, págs. 144-147.

EN EL ATLAS Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Fernández-Ballesteros no es fuente de este tema.

125

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes instrumentos está dirigido a medir la disociación de movimientos entre ambas manos?:

1 Omega. ✓

2 Rotor de persecución.

3 Test de punteado.

4 Tromómetro de barra.

El Omega mide la disociación de movimientos entre ambas manos

El **cuadro 8.1** de Fernández-Ballesteros recoge los instrumentos de las técnicas objetivas que más se usan, ordenados por el tipo de respuesta que evalúan. En el apartado de respuestas **motoras: coordinación óculo-manual y bimanual** describe el **Omega** como el aparato dirigido a medir la **disociación de movimientos entre ambas manos**: una placa metálica con una ranura en forma de omega y un pivote central que se desplaza con dos mandos independientes, y el sujeto debe hacer el recorrido sin tocar los bordes. En el mismo bloque están el test de Punteado, el rotor de persecución y el tromómetro de barra, que miden otras cosas.

1. Es la definición que da el cuadro: aparato dirigido a medir la disociación de movimientos entre ambas manos, con dos mandos independientes.
2. El rotor de persecución mide la coordinación ojo-mano: el sujeto mantiene un puntero metálico en contacto con un punto de un disco que gira.
3. En el test de Punteado la tarea consiste en tocar con un estilete las dos placas metálicas lo más rápidamente posible.
4. En el tromómetro de barra el sujeto desplaza una anilla con mango por una barra y se anota cuántas veces entran en contacto.

CUADRO 8.1 DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS: INSTRUMENTOS PARA RESPUESTAS MOTORAS (COORDINACIÓN ÓCULO-MANUAL Y BIMANUAL)

Instrumento	Descripción
Tiempo de anticipación	Coordinación ojo-mano. El sujeto debe observar una luz que se desplaza a lo largo de un carril de 1,5 metros. El objetivo es pulsar un botón justo cuando se crea que la luz llegará al final del carril; se trata de evaluar la influencia de la coordinación motora en la percepción de la velocidad.
Test de Punteado	La tarea consiste en tocar con un estilete las dos placas metálicas lo más rápidamente posible.
Test de Precisión de Purdue	Es un aparato para medir la habilidad visomotora. Consta de una plataforma giratoria con un orificio y un punzón que el sujeto debe introducir en él.
Rotor de persecución	Mide coordinación ojo-mano; consta de un disco rotativo, a diferentes velocidades, con un punto a 7,5 cm del centro. El sujeto debe mantener en contacto con el punto un puntero metálico.
Termómetro de ranura o de agujeros	Mide la estabilidad dinámica y estática. En el primero se trata de mover un estilete mecánico a lo largo de un canal sin tocar los lados. En el segundo hay que meter el estilete en nueve agujeros cada vez más pequeños sin tocarlos.
Tromómetro de barra	El sujeto debe desplazar una anilla con un mango de madera por una barra. Anota el número de veces que ambos entran en contacto.
Omega	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. El sujeto debe hacer el recorrido sin tocar los bordes.
Estabilímetro	Ídem, con formas de las que hay que seguir el trazo.
Test de Coordinación de Brazos	Requiere guiar el estilete con ambos brazos a la vez. También en espejo.
Uso	Problemas neurológicos. Evaluación y rehabilitación de temblores. Baterías de evaluación de conductores, selección profesional y de deportistas de élite.

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 8, cuadro 8.1 (continuación), pág. 281

> **Para fijarlo.** Omega tiene la forma de la ranura y dos mandos, uno por mano: por eso mide si las manos se mueven por separado.

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, pág. 281.

EN EL ATLAS

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

126

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes pruebas corresponde al índice de velocidad de procesamiento en el Test de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV)?:

1 Dígitos.

2 Búsqueda de símbolos. ✓

3 Figuras incompletas.

4 Matrices.

Búsqueda de símbolos es una prueba del índice de velocidad de procesamiento

Moreno Rosset y Ramírez Uclés describen el **WAIS-IV** (de 16 a 89 años) con 15 tests que se combinan en cuatro escalas, comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y **velocidad de procesamiento**, además de la escala total, pero no detallan qué tests forman cada índice. Lo hacen Ruiz Sánchez de León y Pedrero: el sumatorio de las puntuaciones escalares en **Clave de números** y **Búsqueda de símbolos** se utiliza para calcular el índice de velocidad de procesamiento del WAIS-IV, y **Cancelación** es la tercera prueba, opcional. Las fichas del WAIS-III y del WISC-IV del apéndice de Fernández-Ballesteros agrupan igual la velocidad de procesamiento; en la del WAIS-III, Dígitos pertenece a memoria de trabajo, y Figuras incompletas y Matrices, a organización perceptiva.

1 Dígitos pertenece al índice de memoria de trabajo, en la tabla del WAIS-III y también en el WAIS-IV, donde se suma con Aritmética.

2 Con Clave de números, es una de las dos pruebas con que se calcula el índice de velocidad de procesamiento del WAIS-IV; evalúa la rapidez y la precisión perceptivas y la velocidad para procesar información visual.

3 Figuras incompletas se agrupa con las pruebas perceptivas y, en el WAIS-IV, solo se aplica de los 16 a los 69 años.

4 Matrices mide razonamiento abstracto y capacidad para procesar información visual, y se agrupa también con las pruebas perceptivas.

Ojo. Qué pruebas forman los índices de velocidad de procesamiento y de memoria de trabajo del WAIS-IV solo aparece en Ruiz Sánchez de León y Pedrero (2019, págs. 122 y 124), una obra del corpus que no es fuente de ningún tema del Atlas; Moreno Rosset, Base del tema, no enumera las pruebas de cada índice. Para las opciones 3 y 4 se usa la tabla del WAIS-III de Fernández-Ballesteros, donde el índice perceptivo se llamaba organización perceptiva.

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, tablas 1.3.1 y 1.3.2, pág. 3, y ficha del WISC-IV, págs. 4 y 10. Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2019). Neuropsicología de las conductas adictivas. Síntesis. Cap. 5, apdos. 5.2.2 y 5.2.3, págs. 122 y 124. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 438-440.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 24

127 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

Respecto a las técnicas de registro de información observacionales, ¿qué son las escalas de apreciación?:

1 Son registros en los que el observador va realizando descripciones narrativas sobre lo observado en la conducta del sujeto.

2 Se usan para la cuantificación, calificación o clasificación de las actividades de un sujeto según específicas definiciones conductuales, dimensiones o atributos de personalidad previamente establecidos. ✓

3 Son técnicas de observación sin estructuración previa, que suelen comenzar con una observación no sistemática para observar el continuo de la conducta de un sujeto.

4 Son técnicas de observación en las que se recoge la información en un breve período de tiempo.

Las escalas de apreciación cuantifican, califican o clasifican la conducta según definiciones previas

Fernández-Ballesteros enumera seis procedimientos de recogida de datos observacionales, entre ellos los **registros narrativos** y las **escalas de apreciación**. Estas últimas, basadas en técnicas escalares (rating scales), se usan cuando se pretende la **cuantificación, calificación o clasificación** de las actividades de un sujeto según definiciones conductuales, dimensiones o atributos de personalidad **previamente establecidos**. El observador valora en unidades de medida como la frecuencia, la intensidad o la apropiación la unidad de análisis seleccionada. Todas comparten que la observación se hace o se ha hecho **en períodos amplios de tiempo**, generalmente por un observador participante, como una madre que valora a su hijo.

1 Las descripciones narrativas de lo observado son los registros narrativos, en los que el observador se limita a anotar lo que va ocurriendo.

2 Reproduce la definición que da el manual de las escalas de apreciación o estimación.

3 La ausencia de estructuración previa es propia de los registros narrativos, que suelen usarse como paso previo para elaborar códigos estructurados.

4 El manual dice lo contrario: en las escalas de apreciación la observación se hace en períodos amplios de tiempo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdos. 3.1-3.2, págs. 201-202.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 20, PIR 2024 · n.º 21

128

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

La teoría triárquica de Sternberg entiende la inteligencia en función de tres subteorías: la subteoría contextual, experiencial y componencial. ¿A qué hace referencia la subteoría experiencial?:

1. A la adaptación al medio.
2. A la habilidad para enfrentarse a situaciones novedosas. ✓
3. A las estructuras y mecanismos que rigen el funcionamiento inteligente.
4. A la habilidad para entender el contexto sociocultural.

La subteoría experiencial de Sternberg se ocupa de la habilidad para tratar con la novedad

Sánchez-Elvira presenta la **teoría triárquica** de Sternberg con tres subteorías. La **componencial** estudia los mecanismos y procesos mentales que subyacen a la conducta inteligente, es decir, la inteligencia y el mundo interno. La **contextual** estudia el uso de esos mecanismos en la vida cotidiana para lograr un ajuste inteligente al entorno, con tres procesos: adaptación al medio, modelado y selección del entorno. La **experiencial** estudia el papel modulador y mediador de la experiencia vital entre el mundo interno y el externo, y sus procesos básicos son la **habilidad para tratar con la novedad**, que el manual relaciona con la inteligencia fluida, y la **habilidad para automatizar**.

1. La adaptación al medio es uno de los procesos de la subteoría contextual, junto con el modelado y la selección del entorno.
2. La habilidad para tratar con la novedad es, con la de automatizar, uno de los dos procesos básicos de la subteoría experiencial.
3. Las estructuras y mecanismos mentales que subyacen a la conducta inteligente son el objeto de la subteoría componencial.
4. La relación con el contexto, incluido el entorno cultural, es el terreno de la subteoría contextual, la de la inteligencia y el mundo externo.

Para fijarlo. La componencial mira hacia dentro, la contextual hacia fuera y la experiencial al puente entre ambas: lo nuevo y lo que se automatiza.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, apdo. 3.1, 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, PIR 2024 · n.º 55

129

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L19 · Construcción del test y teoría clásica de los tests

Respuesta correcta: 3

Según la clasificación de Cronbach (1992), los tests de rendimiento típico, en comparación con los de rendimiento máximo, son aquellos que:

1. Recogen los niveles más altos de rendimiento de una persona.
2. Son técnicas involuntarias en las que la persona habitualmente no percibe el constructo que se está intentado evaluar.
3. Evalúan constructos como, por ejemplo, la personalidad o las actitudes. ✓
4. Evalúan la cantidad de ítems bien resueltos por el sujeto en un tiempo determinado.

Los tests de rendimiento típico recogen el modo habitual de comportarse, como la personalidad o las actitudes

Fernández-Ballesteros recoge la clasificación de **Cronbach** (1992), que divide los tests según la demanda de rendimiento que se hace al sujeto. Los de **rendimiento máximo** quieren recoger los niveles más altos de rendimiento, tienen una única respuesta verdadera y se dividen en tests de potencia y tests de velocidad. Los de **rendimiento típico** intentan recoger el modo habitual de comportarse de un individuo: tests de **personalidad** y cuestionarios, escalas o inventarios de intereses y actitudes. Siguiendo a Pervin, son técnicas **voluntarias**, porque el sujeto percibe generalmente el constructo evaluado y controla sus respuestas, y a menudo no tienen una respuesta verdadera.

1. Recoger los niveles más altos de rendimiento define a los tests de rendimiento máximo, como los de inteligencia y aptitudes.
2. El manual los considera técnicas voluntarias, porque el sujeto percibe generalmente el constructo que se evalúa y tiene control sobre sus respuestas.
3. Los tests de personalidad y los inventarios de intereses y actitudes son los ejemplos de rendimiento típico que da el manual.
4. Contar los ítems bien resueltos en un tiempo limitado es lo propio de los tests de velocidad, una variedad de los de rendimiento máximo.

CLASIFICACIÓN DE LOS TESTS SEGÚN CRONBACH

Tipo de test	Qué pretende	Rasgos y ejemplos
Tests de rendimiento máximo	Recoger los niveles más altos de rendimiento de una persona	Tests de inteligencia y/o aptitudes; una única respuesta verdadera
Tests de potencia	Determinar el nivel máximo de ejecución que un sujeto alcanza sin límite de tiempo	Los ítems van aumentando progresivamente de dificultad
Tests de velocidad	Determinar la cantidad de ítems bien resueltos en un tiempo limitado	Ítems con índices de dificultad similares
Tests de rendimiento típico	Recoger el modo habitual de comportarse de un individuo	Tests de personalidad y cuestionarios, escalas o inventarios de intereses y/o actitudes; técnicas voluntarias

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 9, págs. 312-313

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 312-313.

EN EL ATLAS

Tema L19 · Construcción del test y teoría clásica de los tests. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación).

130

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

Señale la afirmación correcta sobre el Test de Aptitudes Mentales Primarias (PMA):

1. Su edad de aplicación es a partir de los 10 años. Evalúa aptitudes verbales, espaciales, de razonamiento, numéricas y de fluidez verbal. ✓
2. Su edad de aplicación es a partir de los 8 años. Evalúa comprensión verbal, numéricas y aptitud perceptiva.
3. Su edad de aplicación es a partir de los 7 años. Evalúa razonamiento numérico, verbal y abstracto.
4. Su edad de aplicación es a partir de los 9 años. Evalúa actitud verbal, razonamiento y espacial.

El PMA se aplica desde los 10 años y mide cinco aptitudes, de la verbal a la fluidez verbal

El **cuadro 9.5** de Fernández-Ballesteros resume las principales baterías de aptitudes baremadas para población española, con su edad de aplicación y lo que evalúan. El **PMA** (Test de Aptitudes Mentales Primarias) se aplica **de 10 años en adelante** y evalúa cinco aptitudes: **verbal, espacial, razonamiento, número y fluidez verbal**. Los distractores mezclan datos de otras baterías del mismo cuadro: el **BAPAE** evalúa comprensión verbal, número y aptitud perceptiva de los 6 a los 8 años; el **GMA** evalúa razonamiento numérico, verbal y abstracto en adultos de grado medio y alto, y el TEA, aptitud verbal, razonamiento y espacial de 8 a 18 años.

1. Coincide con la fila del PMA en el cuadro: de 10 años en adelante y cinco aptitudes.
2. Comprensión verbal, número y aptitud perceptiva es lo que evalúa el BAPAE, que se aplica de los 6 a los 8 años.
3. El razonamiento numérico, verbal y abstracto es lo que evalúa el GMA, que se aplica a adultos de grado medio y alto. A los 7 años empieza otra batería, el IGF.
4. Aptitud verbal, razonamiento y espacial son las del TEA, que sigue al PMA y se aplica de 8 a 18 años.

CUADRO 9.5 DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS: BATERÍAS DE APTITUDES (SELECCIÓN)

Batería	Edad de aplicación	Objetivo de evaluación
PMA: Test de Aptitudes Mentales Primarias	De 10 años en adelante.	Evalúa las siguientes aptitudes: verbal, espacial, razonamiento, número y fluidez verbal.
TEA: Test de Aptitudes Escolares	De 8 a 18 años. Tres niveles diferentes.	Sigue al PMA. Evalúa aptitud verbal, razonamiento y espacial.
IGF: Inteligencia General y Factorial	De los 7 a los 18 años.	Integra en una sola prueba la evaluación de la inteligencia general según dos factores: verbal y no verbal, y cuatro aptitudes específicas: razonamiento, numérica, espacial y verbal.
BAPAE: Batería de Aptitudes para el Aprendizaje Escolar	De los 6 a los 8 años.	Evalúa compresión [sic] verbal, número y aptitud perceptiva.
GMA: Evaluación de grado medio y alto	Adultos de grado medio y alto.	Evalúa razonamiento numérico, verbal y abstracto.

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 9, cuadro 9.5, pág. 321

Trampa. Cada distractor combina las aptitudes de otra batería del mismo cuadro con una edad cambiada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.5, pág. 321.

EN EL ATLAS

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

131

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 3

¿Qué afirmación es INCORRECTA con respecto a las características de las técnicas proyectivas?:

1. Se basan en que el sujeto evaluado cuenta con una estructura básica y estable de la personalidad.
2. Toda respuesta ante el material proyectivo no es casual, sino significativa, y será entendida como un signo de la personalidad del sujeto.
3. Cuanto más ambiguas sean las propiedades de los estímulos, tanto menos reflejarán la personalidad las respuestas de los sujetos. ✓
4. El análisis de las respuestas de los sujetos ha de ser fundamentalmente cualitativo y global.

Cuanto más ambiguo es el estímulo proyectivo, más refleja la personalidad

Fernández-Ballesteros enumera siete supuestos básicos de las **técnicas proyectivas**. Parten de que el sujeto tiene una **estructura básica y estable de la personalidad**, que puede analizarse en distintos niveles de profundidad y que se relaciona con su conducta. Toda respuesta al material proyectivo es **significativa y no casual**, y se entiende como un signo de la personalidad. **Cuanto más ambiguas** sean las propiedades de los estímulos, **tanto más** reflejarán la personalidad las respuestas. El sujeto no es consciente de la relación entre sus respuestas y su mundo interno, y el análisis ha de ser **fundamentalmente cualitativo y global**. Moreno Rosset y Ramírez Uclés recogen la misma idea: la ambigüedad del estímulo y la libertad para responder hacen que las respuestas no se deban al azar.

1. Es el primer supuesto que recoge el manual: el sujeto cuenta con una estructura básica y estable de la personalidad.
2. Es el cuarto supuesto, casi palabra por palabra.
3. Invierte el quinto supuesto, porque cuanto más ambiguo es el estímulo, más refleja la personalidad la respuesta.
4. Es el séptimo supuesto: el análisis de las respuestas ha de ser fundamentalmente cualitativo y global.

Trampa. Cuando se pide la afirmación INCORRECTA, el distractor suele ser una frase del manual con un comparativo invertido, aquí «tanto menos» en lugar de «tanto más».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 5.1, págs. 292-293. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 382-383.

EN EL ATLAS

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

132

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 3

En evaluación psicológica, ¿qué técnicas metódicas y objetivos de evaluación se ajustan al modelo de atributo?:

1. Estrategias de observación clínica y objetivos de clasificación.
2. Estrategias experimentales y objetivos de explicación de relaciones funcionales.
3. Estrategias correlacionales y objetivos de pseudoexplicación. ✓
4. Estrategias observacionales y objetivos de descripción.

El modelo del atributo usa estrategias correlacionales para describir, predecir y pseudoexplicar

El **cuadro 1.1** de Fernández-Ballesteros compara los modelos de evaluación psicológica por su formulación, tipo de variable, técnicas metódicas, técnicas, nivel de inferencia, objetivos y contexto. El **modelo del atributo** trabaja con rasgos, factores, dimensiones o características, mediante **estrategias correlacionales** y tests psicométricos, y sus objetivos son la **descripción, la predicción y la pseudoexplicación**. La observación clínica y la clasificación aparecen en el modelo **dinámico**; las estrategias experimentales con la explicación funcional, en el conductual, y las estrategias observacionales con la descripción, en el **constructivista**.

1. La observación clínica es la técnica metódica del modelo dinámico, y la clasificación figura entre los objetivos de los modelos dinámico y médico.
2. Las estrategias experimentales y la explicación funcional caracterizan al modelo conductual.
3. Es la fila del modelo del atributo en el cuadro: estrategias correlacionales y, entre sus objetivos, la pseudoexplicación.
4. Las estrategias observacionales, con la descripción como objetivo, corresponden al modelo constructivista.

CUADRO 1.1 DE FERNÁNDEZ-BALLESTEROS: TÉCNICAS METÓDICAS Y OBJETIVOS DE CADA MODELO

Modelo	Técnicas metódicas	Objetivos
Atributo	Estrategias correlacionales	Descripción, Predicción, Pseudoexplicación
Dinámico	Observación clínica, Estrategias correlacionales	Descripción, Clasificación, Predicción, Explicación
Médico	Observación, Estrategias correlacionales y experimentales	Descripción, Clasificación, Predicción, Pronóstico, Explicación (2), Rehabilitación (2)
Conductual	Observación, Estrategias experimentales y correlacionales	Descripción, Predicción, Explicación funcional, Control
Cognitivo	Estrategias experimentales y correlacionales	Descripción, Predicción, Explicación, Control
Constructivista	Estrategias observacionales, Hermenéutica	Descripción, (Predicción), (Explicación), (Control)

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 1, cuadro 1.1, pág. 37

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, cuadro 1.1, pág. 37.

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

133

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica

Respuesta correcta: 1

Indique qué supuestos pueden formularse a la hora de establecer hipótesis en el proceso de evaluación psicológica (p. ej., Fernández Ballesteros):

1. Supuestos de cuantificación, supuestos de semejanza, supuestos de asociación predictiva y supuestos de asociación funcional. ✓
2. Supuestos de semejanza, supuestos de asociación funcional, supuestos epistemológicos y supuestos cualitativos.
3. Supuestos de cuantificación, supuestos de axioma, supuestos de asociación predictiva y supuestos aleatorios.
4. Supuestos de asociación predictiva, supuestos de semejanza, supuestos de asociación funcional y supuestos idiográficos.

Las hipótesis de evaluación se apoyan en cuatro tipos de supuestos, de la cuantificación a la asociación funcional

En la subfase de **formulación de hipótesis**, Fernández-Ballesteros explica que el evaluador combina los datos del sujeto y de su contexto con los conocimientos de la psicología para establecer supuestos que después tendrá que contrastar. Son **cuatro tipos**. Los de **cuantificación** comprueban si un fenómeno se da y en qué medida. Los de **semejanza** suponen que el sujeto cumple los criterios de una categoría de un sistema de clasificación. Los de **asociación predictiva** se basan en relaciones entre variables contrastadas empíricamente, y los de **asociación funcional**, en relaciones explicativas basadas en contrastaciones experimentales.

1. Son los cuatro tipos de supuestos que enumera el manual.
2. Mantiene la semejanza y la asociación funcional, pero añade supuestos epistemológicos y cualitativos, que no figuran en la lista.
3. Los supuestos de axioma y los aleatorios no aparecen en el manual; solo la cuantificación y la asociación predictiva están en la lista.
4. Falta la cuantificación, sustituida por unos supuestos idiográficos que el manual no menciona.

> **Para fijarlo.** ¿Se da y cuánto? Cuantificación. ¿A quién se parece? Semejanza. ¿Con qué va asociado? Asociación predictiva. ¿Qué lo explica? Asociación funcional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 3.2.1, págs. 70-71.

EN EL ATLAS: Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

134

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

En el psicograma de Rorschach, ¿qué tipo de respuestas se tienen en cuenta para el análisis de los afectos?:

1 Respuestas de Color. ✓

2 Respuestas de Sombreado.

3 Respuestas de Claroscuro.

4 Respuestas de Figuras Humanas.

En el psicograma de Rorschach los afectos se analizan con las respuestas de color

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que, una vez calificadas las respuestas del Rorschach por localización, determinante, contenido y frecuencia, se agrupan en el **psicograma**, que se compara con el grupo normativo. Entre los aspectos emocionales de la personalidad que refleja están el papel de la afectividad, el manejo de los impulsos y su control. Para el **análisis de los afectos** se tienen en cuenta las **respuestas de color (FC, CF y C)**, porque son una reacción inmediata a estímulos inesperados de las láminas que remueven emociones, pasiones y sentimientos. El **movimiento humano (M)** y la suma de las respuestas de color forman el **tipo vivencial**: el predominio de M indica una predisposición introversiva y el del color, una tendencia extratensiva.

1. Es lo que dice el manual: para el análisis de los afectos se usan las respuestas de color FC, CF y C.
2. En la tabla 11.1, sombreado y claroscuro son un mismo determinante (Ch, ChF, FCh), y el manual no lo incluye en el análisis de los afectos, que apoya en el color.
3. Las respuestas de claroscuro aparecen en el manual como índices de ansiedad y depresión en los perfiles del trastorno de ansiedad y del TOC (Portuondo, 1976); el apartado de los afectos del psicograma solo recoge el color.
4. Lo que el manual relaciona con el color es el movimiento humano (M), que expresa la vida interior y forma con él el tipo vivencial.

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, págs. 385 (tabla 11.1), 387 y 390.

EN EL ATLAS

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

135 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 3

De las siguientes técnicas estructurales derivadas de la teoría de los constructos personales de Kelly, ¿cuál ahonda en los significados más profundos del evaluado y en las emociones asociadas?:

1 Escalamiento.

2 Flujo de conciencia.

3 Flecha descendente. ✓

4 Autocaracterización.

La flecha descendente ahonda en los significados más profundos y en las emociones asociadas

Moreno Rosset y Ramírez Uclés describen las técnicas derivadas de la **teoría de los constructos personales** de Kelly, que Neimeyer agrupa en **estructurales**, que explicitan la organización implícita del sistema de creencias, y **orientadas al proceso**, que evalúan cómo fluyen y cambian las construcciones. Entre las estructurales están el escalamiento, la **flecha descendente** y la técnica de rejilla. La flecha descendente trabaja sobre pensamientos más complejos e inferencias, y es más potente porque **ahonda en los significados más profundos y en las emociones asociadas**: se pregunta una y otra vez qué supondría que un pensamiento fuera cierto. La autocaracterización y el flujo de conciencia son técnicas orientadas al proceso.

1 El escalamiento es estructural, pero su objetivo es identificar constructos nucleares y periféricos mediante preguntas con estructura piramidal.

2 El flujo de conciencia, en el que el evaluado informa de pensamientos, sensaciones, imágenes, recuerdos y sentimientos, es una técnica orientada al proceso.

3 Es la técnica estructural que, según el manual, ahonda en los significados más profundos y en las emociones asociadas.

4 La autocaracterización, una descripción de sí mismo en tercera persona, también es una técnica orientada al proceso.

Trampa. El enunciado pide una técnica estructural, y dos opciones quedan fuera solo por pertenecer al otro grupo de Neimeyer.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 335-336.

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

136 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 2

¿Qué representan los elementos en la administración de la técnica de rejilla interpersonal aplicada en el campo clínico?:

1 Las filas en el protocolo de la técnica de rejilla.

2 Las personas significativas de la vida del evaluado. ✓

3 Las similitudes y diferencias entre los constructos.

4 El punto de saturación del evaluado.

En la rejilla aplicada en clínica, los elementos son personas significativas de la vida del evaluado

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que la elección de los **elementos** de la técnica de rejilla depende del área en la que se trabaje. **En el campo clínico** suelen ser **personas representativas del mundo del sujeto** o de su problema, y se anotan en las **columnas** del protocolo, reservando la primera para el «yo ahora» y la última para el «yo ideal». Después se elicitan los **constructos**, que ocupan las filas, presentando pares de elementos para que el sujeto busque sus similitudes y diferencias (método diádico). La elicitación termina al llegar a un número prefijado o cuando la persona ya no encuentra constructos nuevos o está agotada, el **punto de saturación**.

1 Las filas del protocolo corresponden a los constructos; los elementos se anotan en las columnas.

2 En el campo clínico los elementos suelen ser personas representativas del mundo del sujeto o de su problema.

3 Las similitudes y diferencias que el sujeto encuentra entre pares de elementos son las que dan lugar a los constructos.

4 El punto de saturación es el momento en que se da por terminada la elicitación de constructos, porque la persona ya no encuentra otros nuevos o está agotada.

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. 328-330.

EN EL ATLAS

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

137

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 4

En la evaluación psicofisiológica, ¿cuáles de los siguientes indicadores biológicos NO identifican a las personas con mayor probabilidad de desarrollar un trastorno?:

1 Los marcadores de vulnerabilidad.

2 Los marcadores genéticos.

3 Los marcadores endofenotípicos.

4 Los marcadores episódicos. ✓

Los marcadores episódicos solo aparecen durante las crisis y no señalan quién es vulnerable

Moreno Rosset y Ramírez Uclés definen, con Iacono y Ficken (1989), el **marcador biológico** como cualquier variación estructural o funcional asociada a un trastorno y que define a una población. Distinguen tres tipos. Los **marcadores episódicos** solo aparecen durante las crisis del trastorno y señalan su principio y su final. Los **marcadores de vulnerabilidad** identifican a las personas en las que es más probable que se desarrolle el trastorno, sean o no genéticos. Los **marcadores genéticos** son heredables y serían marcadores de vulnerabilidad que indican un genotipo. Los **endofenotipos** son una clase de marcadores genéticos que indican predisposición y pueden detectarse con técnicas psicofisiológicas.

1 Los marcadores de vulnerabilidad son, por definición, los que identifican a las personas con más probabilidad de desarrollar el trastorno.

2 Los marcadores genéticos serían marcadores de vulnerabilidad que indican un genotipo.

3 Los endofenotipos son una clase de marcadores genéticos que indican predisposición a padecer el trastorno.

4 Los marcadores episódicos solo aparecen durante las crisis y señalan su principio y su final, así que no identifican a quien tiene más riesgo.

Para fijarlo. Episódico como un episodio: el marcador llega con la crisis y se va con ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 296-297.

EN EL ATLAS

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

138

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Revisar

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes factores cognitivos se ha relacionado con la conducta antisocial en niños y adolescentes?:

1. El centro de control interno.
2. La baja autoeficacia percibida. ✓
3. La desesperanza.
4. El autoconcepto positivo.

La baja autoeficacia percibida se relaciona con la conducta agresiva y antisocial

La respuesta oficial se apoya en una obra que no está en el corpus, *El laberinto de la violencia* de Sanmartín (2004). Según esa obra, la **autoeficacia** es la percepción de uno mismo como capaz de lograr sus propósitos; quien es eficaz sufre menos frustraciones, y desde Dollard (1939) la **frustración** se asocia a la **agresión**, de modo que los estudios hallan una **correlación negativa entre agresión y autoeficacia**. El corpus del Atlas trata los factores cognitivos de la agresión infantil en Wicks-Nelson: déficits en el **procesamiento de la información social** y en la solución de problemas interpersonales, y creencias que justifican la agresión. Ninguna de las otras tres opciones aparece allí como factor asociado.

1. El corpus no recoge el centro de control interno como factor cognitivo asociado a la conducta antisocial.
2. Es el factor que la obra de referencia relaciona con la agresión, porque una menor autoeficacia supone más frustraciones.
3. La desesperanza no figura en el corpus entre los factores cognitivos de la conducta antisocial infantil.
4. Un autoconcepto positivo no se presenta como factor de riesgo. Wicks-Nelson solo cita el aumento de la autoestima como uno de los resultados que el niño espera obtener con la agresión.

Ojo. La correlación negativa entre autoeficacia y agresión solo está en Sanmartín (2004), que no está en el corpus; no la recogen la Base del tema B8 (Belloch 2020, vol. II, cap. 12, pág. 382), Wicks-Nelson, Vallejo y Rodríguez, Fonseca I/A, Izquierdo ni Caballo. La autoeficacia para la agresión es otra cosa, y Wicks-Nelson (cap. 8, pág. 192) y Gaviria et al. (cap. 10, pág. 293) la asocian a más conducta agresiva, porque quien cree que puede agredir con éxito elige más a menudo esa conducta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

No está en el corpus del Atlas. Fuente: Sanmartín, J. (2004). El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos. Ariel. Pág. 258. En el corpus, Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 8, págs. 191-192. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 382. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 293.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Wicks-Nelson (Consulta).

139

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, el trastorno negativista desafiante:

1. Describe en una sola categoría el trastorno negativista desafiante como un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa. ✓
2. Describe dos situaciones para el trastorno negativista desafiante en relación con el estado emocional que lo acompaña.
3. Describe el trastorno negativista desafiante como un patrón persistente de comportamientos que violan las normas y la reglas acompañado de un comportamiento de desafío hacia la autoridad.
4. Describe el trastorno negativista desafiante como arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control del impulso de agresividad.

El DSM-5 define el negativista desafiante como un único patrón de enfado, desafío o venganza

El criterio A del **trastorno negativista desafiante** describe una sola categoría: un **patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa** de al menos seis meses, con cuatro síntomas de cualquiera de los tres grupos. El manual no lo divide en formas según el estado emocional; solo señala que puede presentarse con las características conductuales sin ánimo negativo. Las opciones 3 y 4 son las definiciones del **trastorno de conducta** y del **trastorno explosivo intermitente**.

1. Es el criterio A del trastorno negativista desafiante.
2. El DSM-5 no describe dos formas del trastorno según el estado emocional; dice que puede darse sin ánimo negativo y que quienes tienen enfado e irritabilidad suelen mostrar también las características conductuales.
3. El patrón persistente de comportamientos que violan las normas y los derechos de otros define el trastorno de conducta.
4. Los arrebatos recurrentes que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad son el criterio A del trastorno explosivo intermitente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno negativista desafiante, págs. 462-463; trastorno explosivo intermitente, pág. 466; trastorno de conducta, pág. 469.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 199, PIR 2017 · n.º 176, PIR 2025 · n.º 184

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos va dirigido al trastorno de la personalidad límite?:

1 Diálogo Abierto.

2 Programa STEPPS. ✓

3 Terapia interpersonal y del ritmo social.

4 Terapia familiar funcional.

El programa STEPPS es un tratamiento prometedor para el trastorno de la personalidad límite

En su revisión de los tratamientos de los trastornos de la personalidad, el manual de Fonseca presenta el **programa STEPPS** como una aproximación prometedora en el tratamiento del **trastorno de la personalidad límite**, que destaca por integrarse en la rutina diaria de los ambientes hospitalarios (Black et al., 2016). Los otros tres tratamientos aparecen en los manuales de Fonseca dirigidos a otros problemas: el **diálogo abierto**, a la psicosis; la **terapia interpersonal y del ritmo social**, al **trastorno bipolar**, y la terapia familiar funcional, a los problemas externalizantes de los adolescentes, como la conducta antisocial y el abuso de sustancias.

1 El diálogo abierto es uno de los abordajes que más esperanza y optimismo han generado en el tratamiento de la psicosis.

2 El manual lo presenta como una aproximación prometedora para el trastorno de la personalidad límite.

3 La terapia interpersonal y del ritmo social se dirige al trastorno bipolar: regula las rutinas diarias y su vínculo con el estado de ánimo.

4 La terapia familiar funcional es una terapia sistémica integradora diseñada para problemas externalizantes de adolescentes, en especial la conducta antisocial y el abuso de sustancias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, pág. 561; cap. 8, pág. 279; cap. 10, tabla 10.6, pág. 343. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 2, pág. 78.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 204

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la conducta agresiva en niños y adolescentes?:

1. El procedimiento tiempo fuera para eliminar comportamientos agresivos no es recomendable para niños menores de 10 años.
2. Los tratamientos conductuales para el tratamiento de la conducta agresiva son más eficaces con adolescentes que con niños.
3. Los niños con problemas de agresividad buscan más indicios que aquellos que no muestran problemas de agresividad, antes de determinar las intenciones de sus compañeros en situaciones sociales ambiguas.
4. Un modo de disminuir la probabilidad de ocurrencia del comportamiento agresivo en niños es reducir la estimulación aversiva de su contexto inmediato. ✓

Reducir la estimulación aversiva del entorno hace menos probable la conducta agresiva del niño

El manual de Fonseca sitúa entre los factores etiológicos más relevantes de los problemas de conducta las **prácticas parentales coercitivas** o negligentes, la **disciplina punitiva** y la actitud hostil de los padres. Díaz, Ruiz y Villalobos añaden que el castigo puede provocar **agresividad** contra quien lo aplica, sobre todo como defensa ante el castigo físico o la agresión verbal. Rebajar la **estimulación aversiva** del contexto inmediato del niño reduce, por tanto, la probabilidad de la agresión. Los distractores contradicen el corpus: el tiempo fuera se usa sobre todo con niños, los tratamientos del trastorno disocial son **más fructíferos en la infancia temprana** y los niños agresivos buscan menos información social.

1. El tiempo fuera de reforzamiento positivo se utiliza fundamentalmente con niños; en los pequeños bastan 5 minutos o menos, y por encima de los 5 años se recomienda un minuto más por año.
2. Los tratamientos del trastorno disocial son más fructíferos en la infancia temprana, y los basados en el aprendizaje social y la modificación de conducta muestran más eficacia en los niños más pequeños.
3. Los niños agresivos rechazados por sus iguales buscan menos información, definen los problemas en forma de hostilidad e interpretan como hostiles las situaciones ambiguas.
4. Es coherente con el papel que el corpus atribuye a la disciplina punitiva y coercitiva en el origen de la agresión y con la agresividad que puede provocar el castigo.

Trampa. La opción 3 invierte lo que recoge Wicks-Nelson: los niños agresivos buscan menos información antes de atribuir intenciones y tienden a leer hostilidad en lo ambiguo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, págs. 290 y 296; cap. 11, págs. 315 y 318. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 183 y 187. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 8, pág. 192.

EN EL ATLAS

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

142

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Señale la respuesta correcta con respecto a los trastornos de personalidad:

1 La CIE-11 propone una clasificación categorial de los trastornos de personalidad.

2 El DSM-5 incluye los trastornos de personalidad en el eje II, dentro de su clasificación multiaxial.

3 El DSM-5 incluye una propuesta alternativa para la clasificación de los trastornos de personalidad en la sección III, donde asume un modelo híbrido de los trastornos de personalidad. ✓

4 El DSM-5 difiere del DSM-IV al incluir 12 trastornos de personalidad, organizados en tres grupos.

El modelo alternativo de la Sección III combina lo categorial y lo dimensional

Belloch resume las dos novedades del DSM-5 en los trastornos de la personalidad. La primera es la **desaparición de los ejes**, y con ellos del eje II, que separaba estos trastornos del resto. La segunda es la inclusión de un **modelo alternativo** en la Sección III, basado en una concepción dimensional de los rasgos, que el prefacio del propio DSM-5 llama modelo **«híbrido»**. El DSM-5-TR lo define ya como **modelo híbrido dimensional-categórico**. La Sección II, en cambio, conserva los **diez trastornos en tres grupos** del DSM-IV, y la CIE-11 sustituye los trastornos individuales por un único diagnóstico.

1 La CIE-11 rompe con la visión categorial: los trastornos individuales desaparecen y se propone un único diagnóstico, trastornos de personalidad y rasgos relacionados.

2 En el DSM-5 desaparece el sistema multiaxial y, con él, el eje II de los trastornos de la personalidad.

3 Belloch la describe como una propuesta alternativa que asume un modelo híbrido, categorial y dimensional.

4 El DSM-5 mantiene los mismos diez trastornos, reunidos en tres grupos, que el DSM-IV.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 402 y 407; cap. 14, pág. 445. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Prefacio, pág. xlvii; introducción, pág. 16.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 62, PIR 2020 · n.º 60

143

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos · Anulada

Anulada

¿Cuál de las siguientes manifestaciones biológicas podemos encontrar en la Anorexia Nerviosa?:

1 Taquicardia.

2 Hipotrofia parotídea.

3 Hipercarotinemia.

4 Hipertensión.

La hipercarotenemia figura entre los hallazgos físicos de la anorexia, pero la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. El DSM-5 describe así la exploración física de la **anorexia nerviosa**: lo más sobresaliente es la emaciación, y suele haber **hipotensión**, hipotermia y **bradicardia** significativas. Algunas personas muestran un color amarillento de la piel asociado a una **hipercarotenemia**, y quienes se provocan el vómito pueden tener **hipertrofia** de las glándulas salivales, sobre todo de las parótidas. Con el manual, la opción 3 es la única que coincide con el texto.

1. El DSM-5 describe bradicardia significativa, y bradicardia sinusal en el electrocardiograma.
2. Lo que describe el manual es la hipertrofia de las parótidas en quienes se provocan el vómito.
3. Clave provisional. El color amarillento de la piel asociado a una hipercarotenemia figura entre los signos físicos.
4. Suele haber hipotensión significativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, marcadores diagnósticos, pág. 343.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 160, PIR 2022 · n.º 26

144

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 4

El instrumento ADOS-2 para la evaluación del autismo es:

1 Un Cuestionario de cribado para determinar posibles casos de niños que presentan señales de alerta de un TEA alrededor de los 18 meses.

2 Un Cuestionario de Comunicación Social, de respuesta si/no cumplimentado por los padres y que evalúa principalmente la interacción social.

3 Una entrevista estructurada revisada que evalúa la comunicación, la interacción social y la presencia de esterotipias e intereses restringidos.

4 Una escala de observación estandarizada y semiestructurada para el diagnóstico de autismo con varios módulos adaptados a cada grupo de edad y nivel de lenguaje. ✓

El ADOS-2 es una escala de observación con módulos según la edad y el nivel de lenguaje

Vallejo y Rodríguez señalan que hay un amplio consenso en proponer el **ADOS-2** como instrumento de ayuda al diagnóstico del TEA. Consiste en **observar** cómo se comporta la persona en situaciones que el evaluador le presenta, planificadas para provocar conductas con valor diagnóstico, y consta de **cinco módulos** que se aplican según el **nivel de lenguaje expresivo y la edad cronológica**. Belloch, Sandín y Ramos lo definen como una «escala de observación para el diagnóstico del autismo» que se aplica al niño y que complementa la **ADI-R**, una entrevista semiestructurada a la familia. Las opciones 1 y 2 describen instrumentos de **cribado**, como el CHAT y el SCQ.

1 Describe un instrumento de cribado como el CHAT, diseñado para detectar indicadores de riesgo de autismo a los 18 meses.

2 El Cuestionario de Comunicación Social (SCQ) es un instrumento de cribado que se aplica a los padres de niños mayores de cuatro años.

3 La entrevista revisada es la ADI-R, que se hace a la familia o al cuidador y se complementa con el ADOS-2.

4 Coincide con los manuales: escala de observación aplicada al niño, con cinco módulos según la edad y el nivel de lenguaje expresivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, págs. 684 y 686. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 481-482. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 31, pág. 209.

EN EL ATLAS

Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Vallejo Infantil no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Izquierdo (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 15, PIR 2025 · n.º 32

145

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

¿Qué terapia se emplea para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad en adolescentes?:

1 Terapia interpersonal adaptada para niños y adolescentes.

2 Terapia familiar orientada al apego.

3 Terapia dialéctico-conductual en formato grupal. ✓

4 Terapia de desarrollo de habilidades familiares y psicoeducación.

La terapia dialéctico-conductual, nacida para el trastorno límite, tiene una versión para adolescentes con formato grupal

Fonseca presenta la **terapia dialéctica conductual (TDC)** como una aproximación de tercera generación **diseñada específicamente para el trastorno de la personalidad límite** (Linehan, 1993), que combina elementos cognitivo-conductuales con conceptos de las terapias contextuales como la aceptación y la atención plena. El manual de infancia y adolescencia recuerda ese origen y describe su adaptación a los adolescentes, la **DBT-A** (Miller, Rathus y Linehan, 2007), orientada a reducir las conductas autolíticas y las tentativas de suicidio. Incluye terapia individual, **sesiones familiares y grupales** semanales, apoyo telefónico y supervisión del equipo, y varias revisiones recientes le otorgan el máximo nivel de evidencia y grado de recomendación.

1 La terapia interpersonal adaptada a adolescentes (IPT-A) se desarrolló para la depresión, y de ella surgieron versiones para niños menores de 12 años.

2 La terapia familiar basada en el apego aparece en el corpus entre las marcas integradoras de terapia familiar sistémica y, como terapia familiar focalizada en el apego, entre las alternativas para la depresión adolescente (tabla 16.4); el corpus no la vincula con el trastorno límite.

3 La TDC se diseñó para el trastorno límite, y su versión para adolescentes incluye sesiones grupales además de las individuales y familiares.

4 El corpus no recoge una terapia de desarrollo de habilidades familiares y psicoeducación como tratamiento del trastorno límite adolescente.

Ojo. En el manual de infancia y adolescencia la DBT-A se presenta como la adaptación de la terapia al tratamiento de la conducta suicida en adolescentes (pág. 588); el trastorno límite aparece como el origen de la terapia en adultos. La respuesta se sostiene porque la TDC nació para el trastorno límite y es la única opción que el corpus vincula con él.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdo. 2.1, pág. 555. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, pág. 588; cap. 2, págs. 80 y 82; cap. 16, tabla 16.4, pág. 514.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 180, PIR 2024 · n.º 181, PIR 2024 · n.º 182, PIR 2025 · n.º 191

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C24 · Tratamientos de la discapacidad intelectual

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con los tratamientos psicológicos de la discapacidad intelectual?:

1. Las terapias basadas en atención plena son una alternativa terapéutica aplicada también a las personas con discapacidad intelectual.
2. La terapia centrada en la compasión es un enfoque terapéutico contextualista que se ha aplicado en el ámbito de la discapacidad intelectual para el abordaje de la autocrítica y la comparación social negativa.
3. Al igual que en la población general, la depresión es el principal problema en el que se ha investigado la eficacia de la activación conductual aplicada a personas con discapacidad intelectual.
4. Varios ensayos aleatorios controlados han generado evidencias de calidad alta que confirman la efectividad de los modelos de terapia de tercera generación en el tratamiento de la discapacidad intelectual. ✓

Las terapias de tercera generación en la discapacidad intelectual son, como mucho, prometedoras

Fonseca revisa las **terapias de tercera generación** en la discapacidad intelectual. Las basadas en **atención plena** han emergido en la última década como alternativa, con recursos como la meditación «Las plantas de los pies». La **terapia centrada en la compasión** empieza a aplicarse y redujo la autocrítica y la comparación social desfavorable en un estudio pre-post de seis personas. La **activación conductual** se ha adaptado y probado con personas con discapacidad intelectual y síntomas de depresión. Pero las limitaciones de todos estos estudios (muestras pequeñas, sin grupo control, instrumentos sin validez adecuada) son tan importantes que, **a lo sumo, podrían catalogarse como «prometedoras»**.

1. Es verdadera: en la última década las terapias basadas en atención plena han emergido como alternativa también para las personas con discapacidad intelectual.
2. Es verdadera: la terapia centrada en la compasión empieza a aplicarse en este ámbito y se observó una disminución de la autocrítica y de la comparación social desfavorable.
3. Es verdadera: la activación conductual se ha adaptado y probado con personas con discapacidad intelectual con síntomas de depresión, incluido un ensayo aleatorizado con 141 adultos.
4. Es falsa: las limitaciones de los estudios son tan importantes que estas terapias, a lo sumo, podrían catalogarse como prometedoras.

Trampa. Que exista algún ensayo aleatorizado, como el de activación conductual, no convierte el conjunto en evidencia de calidad alta. El manual valora el conjunto de los estudios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 4, apdo. 2.3, págs. 151-154.

EN EL ATLAS: Tema C24 · Tratamientos de la discapacidad intelectual. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

147

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C28 · Tratamientos de los trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con los modelos de tratamiento psicológico del trastorno del desarrollo del lenguaje?:

1. Las aproximaciones más centradas en el niño (en contraposición a las más centradas en el terapeuta) hacen un uso amplio del modelado, el moldeamiento y el reforzamiento. ✓
2. Los tratamientos más centrados en el terapeuta siguen una estructura básica de enseñanza que consiste en la presentación de un modelo lingüístico, la petición de su reproducción por el niño y el feedback.
3. Los enfoques más formales y focalizados de tratamiento se corresponden con las aproximaciones más centradas en el terapeuta.
4. Los enfoques naturales, que se corresponden con los centrados en el niño, emplean recursos comunicativos propios de las interacciones ordinarias de un modo más intencional.

El modelado, el moldeamiento y el reforzamiento caracterizan a las estrategias centradas en el terapeuta

Fonseca organiza los modelos de intervención en el lenguaje según el grado de control del adulto sobre la situación comunicativa. Las aproximaciones **centradas en el terapeuta** agrupan los **enfoques formales y focalizados**, de base conductual o psicolingüística, y hacen un uso amplio del **modelado, el moldeamiento y el reforzamiento**; su estructura básica consiste en presentar un modelo lingüístico, pedir al niño que lo reproduzca y darle feedback. Las **centradas en el niño**, o **naturales**, crean contextos en los que el niño elige los contenidos y emplean recursos de las interacciones ordinarias de un modo más intencional y focalizado, como el habla paralela o la reformulación conversacional.

1. Es falsa porque atribuye a las aproximaciones centradas en el niño lo que el manual dice de las centradas en el terapeuta.
2. Es verdadera: esa es la estructura básica de enseñanza de los modelos centrados en el terapeuta.
3. Es verdadera: los enfoques formales y focalizados están entre las aproximaciones centradas en el terapeuta.
4. Es verdadera: los enfoques naturales emplean recursos de las interacciones ordinarias de un modo más intencional y focalizado.

Trampa. La opción falsa intercambia los dos grupos de modelos y conserva las palabras exactas del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 5, apdo. 3.1.2, págs. 172-173.

EN EL ATLAS: Tema C28 · Tratamientos de los trastornos del lenguaje. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

148

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes tratamientos está dirigido al abordaje de los trastornos de conducta en niños y adolescentes?:

1 Terapia basada en el modelo de Worden.

2 El programa los años increíbles. ✓

3 Intervención compresiva conductual.

4 El programa Coping Cat.

Los años increíbles es un programa para los trastornos de conducta en niños y adolescentes

En el capítulo de Fonseca sobre el trastorno disocial, **los años increíbles** (The Incredible Years) figuran entre los tratamientos conductuales, junto con otros programas de entrenamiento a padres como el de Oregón. Lo desarrolló Carolyn Webster-Stratton para potenciar las habilidades de gestión del comportamiento de **padres y profesores** y mejorar las competencias emocionales y sociales de los niños, el autocontrol o la resolución de problemas, con programas específicos para cada grupo. Las demás opciones son tratamientos que el mismo manual sitúa en otros capítulos: el modelo de Worden en el **duelo**, la intervención comprensiva conductual en los **tics** y el Coping Cat en la **ansiedad**.

1 El modelo de Worden describe cuatro tareas del duelo, y en él se basan terapias para el duelo infantojuvenil como Grief Help.

2 El manual lo presenta como tratamiento conductual del trastorno disocial, con programas para padres, profesores y niños.

3 La intervención comprensiva conductual para los tics (CBIT) es el tratamiento psicológico de primera línea de los tics, con la inversión del hábito como componente principal.

4 El Coping Cat de Kendall es un programa de tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, págs. 319 y 323; cap. 8, pág. 246; cap. 15, pág. 443; cap. 23, págs. 733 y 741.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 185, PIR 2024 · n.º 189, PIR 2025 · n.º 185

149

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Cuando un menor presenta fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar, es característico de:

1 Trastorno del lenguaje.

2 Trastorno fonológico.

3 Mutismo selectivo. ✓

4 Trastorno de la comunicación social.

No hablar solo en ciertas situaciones sociales, pese a hablar en otras, define el mutismo selectivo

El enunciado copia el **criterio A** del **mutismo selectivo** en el DSM-5, el fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa de hablar, a pesar de hacerlo en otras. El diagnóstico diferencial del manual lo separa de los **trastornos de la comunicación**, que son el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia y el trastorno de la comunicación social (pragmático), porque en ellos la alteración del habla **no se limita a una situación social específica**. Por eso no encaja ninguno de los tres distractores.

1. El trastorno del lenguaje es uno de los trastornos de la comunicación del diagnóstico diferencial; su alteración del habla no se limita a una situación social específica.
2. El trastorno fonológico tampoco se limita a una situación social concreta.
3. Es el criterio A del mutismo selectivo.
4. El trastorno de la comunicación social (pragmático) aparece en la misma lista de diagnósticos diferenciales, y su alteración tampoco se limita a una situación social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Mutismo selectivo, págs. 195 y 197.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 68, PIR 2016 · n.º 193

150 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de los siguientes componentes NO pertenece a la terapia conductual para la esquizofrenia (Kingdom y Turkington, 2005):

1. Explicación normalizadora de la psicosis.
2. Examen de los antecedentes de la crisis psicótica.
3. Tratamiento de la ansiedad y depresión coexistentes.
4. Formulación de las conexiones entre A-B-C y el desarrollo psicológico evolutivo. ✓

Formular las conexiones ABC con el desarrollo psicológico es un componente de la terapia de Chadwick

La **tabla 1.5** de la Guía de tratamientos psicológicos eficaces resume los componentes de los principales tratamientos cognitivo-conductuales de la esquizofrenia. La **terapia conductual de Kingdon y Turkington** incluye el enganche y la construcción del rapport, la **explicación normalizadora de la psicosis**, el examen de los antecedentes de la crisis psicótica, el tratamiento de la ansiedad y la depresión coexistentes, la evaluación de la realidad, el abordaje de los síntomas residuales y negativos y la prevención de recaídas. La **formulación de las conexiones entre ABC y el desarrollo psicológico evolutivo** figura en otra columna, la de la terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de **Chadwick** et al. (1996).

1. La explicación normalizadora de la psicosis es un componente de la terapia de Kingdon y Turkington.
2. El examen de los antecedentes de la crisis psicótica también figura en su columna de la tabla.
3. El tratamiento de la ansiedad y la depresión coexistentes forma parte igualmente de esa terapia.
4. Es un componente de la terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick et al. (1996).

TABLA 1.5 DE LA GUÍA: COMPONENTES DE DOS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE LA ESQUIZOFRENIA

Tratamiento	Componentes
Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996)	Seleccionar un problema; evaluación de consecuencias emocionales y conductuales; evaluación de antecedentes; confirmar asociación entre antecedentes y consecuencias; evaluar las creencias; formulación de las conexiones entre ABC y el desarrollo psicológico evolutivo; establecer metas y opciones; desafío de creencias
Terapia conductual (Kingdon y Turkington, 1994)	Enganche y construcción del rapport; explicación normalizadora de la psicosis; examen de los antecedentes de la crisis psicótica; tratamiento de la ansiedad y depresión coexistente; evaluación de la realidad; abordar síntomas psicóticos residuales; manejo de síntomas negativos; prevención de recaídas; sesiones de afianzamiento

Fuente: Pérez Álvarez et al. (2003), Guía I, cap. 1, tabla 1.5

Ojo. El enunciado fecha la terapia de Kingdon y Turkington en 2005; la tabla de la Guía la cita como Kingdon y Turkington (1994). Vallejo (2012), Base del tema C18, recoge las dos fechas: el manual de 1994 y la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Kingdon y Turkington (2005), aunque no desglosa sus componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1, apdo. 4, tabla 1.5 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), págs. 972 y 974.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 165, PIR 2025 · n.º 131

151

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

De las siguientes características, ¿cuál NO corresponde al entrenamiento en escenificaciones emotivas para las fobias infantiles?:

1. Se utiliza en menores de 9 años.
2. Se caracteriza por suscitar emociones positivas.
3. Utiliza sistemas de refuerzo social.
4. Entrena en relajación muscular progresiva. ✓

Las escenificaciones emotivas exponen al niño a lo que teme dentro de un juego, sin entrenamiento en relajación

Vallejo y Rodríguez presentan las **escenificaciones emotivas** de Méndez (1986) como un programa flexible para los miedos infantiles que empieza con un **formato básico de juego**. El terapeuta presenta el tratamiento como un juego, el niño elige personajes con los que se sienta seguro o a gusto y la sesión empieza jugando hasta que el niño «se mete» en el juego y disfruta. Después se le expone de forma graduada a los ítems de una jerarquía, con ayudas como la inducción verbal, el modelado o la guía física, y con **reforzamiento social efusivo** y una economía de fichas. Entre sus fases no hay **entrenamiento en relajación**, que sí aparece, por ejemplo, en los juegos del programa Tío Pies Ligeros.

1. Se tiene por verdadera: Vallejo (2012) la propone para aplicar la exposición en un contexto lúdico con niños pequeños, y el manual de infancia recoge su adaptación con realidad virtual a un niño de nueve años.
2. Es verdadera: la sesión empieza jugando hasta que el niño disfruta participando, con personajes con los que se sienta seguro o muy a gusto.
3. Es verdadera: el terapeuta administra reforzamiento social efusivo, verbal, gestual y físico.
4. La relajación muscular progresiva no figura entre las fases del programa, que se basa en la exposición graduada dentro del juego.

Ojo. El corpus no da una edad de aplicación de las escenificaciones emotivas. La opción 1 se tiene por verdadera porque Vallejo (2012) las asocia a niños pequeños; el caso adaptado con realidad virtual tenía nueve años, justo en el límite de la cifra del enunciado, y el programa Tío Pies Ligeros, que sí incluye relajación, se dirige a niños de cuatro a ocho años. Se cita la 2.ª ed. de Vallejo (2012) porque la 4.ª (2023), la que usa el Atlas, no menciona las escenificaciones emotivas. La Base del tema C10 (Fonseca Adultos, cap. 11) trata la ansiedad en adultos y la Ampliación infantil (Fonseca I/A, cap. 15) no recoge esta técnica.

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, tabla 10, págs. 141-142. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 6, pág. 220.

EN EL ATLAS

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

152

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes fármacos NO está indicado para el trastorno bipolar?:

1 Lamotrigina.

2 Flufenazina.

3 Oxcarbazepina.

4 Clordiazepóxido. ✓

El clordiazepóxido no figura entre los fármacos que el manual recoge para el trastorno bipolar

Belloch, Sandín y Ramos repasan los fármacos del **trastorno bipolar**: litio, antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos. Entre los **antiepilépticos** usados como reguladores del humor, la tabla 7.15 recoge la **oxcarbazepina**, para pacientes que mejoran con carbamazepina pero no toleran sus efectos secundarios, y la **lamotrigina**, para prevenir episodios depresivos en el TB tipo II. Entre los **antipsicóticos típicos**, cuyo efecto antimaníaco se basa en el bloqueo de los receptores D2, cita la **flufenazina**, que además existe en forma depot. El clordiazepóxido no aparece en ninguno de estos grupos.

1. La lamotrigina es un antiepiléptico que el manual recomienda para prevenir episodios depresivos en el TB tipo II.
2. La flufenazina es un antipsicótico típico con efecto antimaníaco, incluido en la tabla 7.16 del manual.
3. La oxcarbazepina se usa en pacientes que mejoran con carbamazepina pero no toleran sus efectos secundarios.
4. No figura en las tablas de fármacos del manual para el trastorno bipolar.

Ojo. El corpus del Atlas no menciona el clordiazepóxido, de modo que su condición de benzodiacepina no puede comprobarse en él. La respuesta se sostiene por exclusión, porque los otros tres fármacos sí están en las tablas del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, tablas 7.15 y 7.16, págs. 251-253.

EN EL ATLAS

Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

153

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes efectos secundarios es más frecuente en el tratamiento neuroléptico con aripiprazol en la esquizofrenia?:

1 Galactorrea.

2 Parkinsonismo.

3 Hipercolesterolemia. ✓

4 Discinesia tardía.

Con el aripiprazol, la hipercolesterolemia es más esperable que los efectos motores o la galactorrea

Belloch, Sandín y Ramos señalan que los neurolépticos atípicos y los de **tercera generación**, como el **aripiprazol**, son los más indicados en la esquizofrenia, aunque se relacionan con la **obesidad**, el **riesgo de hipercolesterolemia** y la diabetes a largo plazo. Stahl explica por qué los otros efectos son poco probables con este fármaco: como **agonista parcial D2** tiene relativamente pocos efectos secundarios motores, sobre todo acatisia, y **reduce la prolactina** en lugar de elevarla. El parkinsonismo y la discinesia tardía son efectos motores, y la galactorrea se asocia a la elevación de la prolactina.

1 La galactorrea se asocia a la elevación de la prolactina, y el aripiprazol reduce la prolactina en lugar de elevarla.

2 El parkinsonismo es un efecto motor, y por su agonismo parcial D2 el aripiprazol tiene relativamente pocos efectos secundarios motores, sobre todo acatisia.

3 Belloch relaciona el aripiprazol, como a los atípicos, con la obesidad, el riesgo de hipercolesterolemia y la diabetes a largo plazo.

4 La discinesia tardía es otro efecto motor, poco esperable por la misma razón.

Ojo. Stahl (cap. 5, pág. 198) sitúa el aripiprazol entre los antipsicóticos de bajo riesgo metabólico y dice que parece carecer de las acciones ligadas al aumento de peso y al riesgo cardiometabólico (pág. 229). La respuesta oficial se sostiene con Belloch, que asocia el aripiprazol al riesgo de hipercolesterolemia, y porque los otros tres efectos son todavía menos esperables con este fármaco.

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. 369. Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, págs. 164, 198, 229 y 239. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, pág. 349.

EN EL ATLAS

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

154

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

El modelo de autorregulación de Kanfer, en el que se apoya la terapia de autocontrol de Rhem para la depresión, señala déficits específicos en 3 fases diferentes. Señale cuáles:

1 La motivación, el tratamiento y la prevención de recaídas.

2 La conductual, cognitiva y experiencial.

3 La autoobservación, la autoevaluación y el autorreforzamiento. ✓

4 La autocontemplación, la autoidentificación y la conciencia de enfermedad.

La terapia de autocontrol de Rehm trabaja la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces explica que la **terapia de autocontrol de Rehm** (1977) parte de que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la propia conducta, y distingue **tres momentos del autocontrol**: el **autoseguimiento** (registro diario de actividades y del humor asociado), la **autoevaluación** (programar objetivos y valorar su logro) y el **autorreforzamiento** (identificar reforzadores y administrarlos de forma contingente). Vallejo y Vallejo-Slocker presentan el modelo de Rehm como una aplicación del modelo general de **Kanfer** a la depresión, con tres fases: auto-observación, autoevaluación y autorrefuerzo. Belloch, Sandín y Ramos hablan también de un déficit en las conductas de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento.

1 Motivación, tratamiento y prevención de recaídas son etapas de un proceso terapéutico; las fases del autocontrol son otras tres.

2 La división en fases conductual, cognitiva y experiencial no aparece en el modelo de autocontrol.

3 Son los tres momentos del autocontrol en los que el modelo sitúa los déficits de la persona deprimida.

4 La autocontemplación, la autoidentificación y la conciencia de enfermedad no figuran en el modelo.

Ojo. El enunciado atribuye las fases al modelo de autorregulación de Kanfer. Vallejo y Vallejo-Slocker (2023, vol. I, cap. 11, págs. 594-595) lo confirman: el modelo de Rehm es una aplicación del modelo general de Kanfer (1977) a la depresión y describe las tres fases del autocontrol. La Guía llama «autoseguimiento» a lo que la pregunta llama autoobservación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5, apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 11 (Depresión, Vallejo Pareja y Vallejo-Slocker), págs. 594-595. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-217.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Vallejo Adultos (Ampliación).

155 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Señale cuál de las siguientes terapias define específicamente que su foco de interés es la depresión y, más concretamente, la resolución de un problema de la vida del paciente relacionado con duelo complicado, transición o conflicto de roles, o problemas en las relaciones con los demás:

1 La terapia racional emotiva.

2 La terapia de aceptación y compromiso.

3 La terapia cognitiva.

4 La terapia interpersonal. ✓

La terapia interpersonal organiza los desencadenantes de la depresión en cuatro áreas, del duelo a los déficits interpersonales

Fonseca describe la **terapia interpersonal (TIP)** de Klerman y Weissman, que nació en un ensayo clínico con pacientes deprimidos y asume una relación entre el inicio o la recurrencia de la **depresión** y las relaciones interpersonales del momento presente. Entre sus características está ser una terapia focalizada, **orientada desde el diagnóstico** y centrada en los problemas interpersonales. Según la 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, como el aislamiento social. Son las áreas que describe el enunciado.

1 El corpus no presenta la terapia racional emotiva como una terapia centrada en la depresión ni organizada en áreas interpersonales.

2 La terapia de aceptación y compromiso tampoco se define en el corpus por un foco en la depresión ni en el duelo o los roles.

3 La terapia cognitiva también se aplica a la depresión, pero el manual la distingue de la TIP, que es la centrada en los problemas interpersonales.

4 Son las cuatro áreas problemáticas de la TIP: duelo, disputas del rol, transiciones del rol y déficits interpersonales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, apdo. 2.2.3, págs. 313-315.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2024 · n.º 115, PIR 2025 · n.º 114

156 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

En el ámbito de la terapia de conducta y por lo que respecta al curso de afrontamiento de la depresión (CAD; Lewinsohn y col.), señale la opción correcta:

1. El CAD se suele añadir a los programas de actividades agradables y al entrenamiento en habilidades sociales, pero se considera que la terapia cognitiva es innecesaria y hasta puede ser contraproducente.
2. En el CAD, el papel del terapeuta es poco directivo para que los participantes sean los conductores del grupo.
3. El CAD fue diseñado para adultos con depresión, pero se ha extendido a otras poblaciones y condiciones. ✓
4. El CAD no cuenta con evidencia empírica sobre su eficacia.

El curso de afrontamiento de la depresión se diseñó para adultos y se ha extendido a otras poblaciones

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces describe el **curso para el afrontamiento de la depresión (CAD)** de Lewinsohn como un programa **altamente estructurado** de 12 sesiones en grupo, con dos más de apoyo. Se diseñó **para adultos con depresión** y **se ha extendido** a adolescentes, mayores, cuidadores, grupos minoritarios y a la prevención de recaídas y la prevención primaria y secundaria. Es un tratamiento **psicoeducativo** en el que el terapeuta actúa como instructor o líder del grupo. Su núcleo combina actividades agradables, habilidades sociales, **modificación de cogniciones** con estrategias de Beck y unos «planes de la vida», y son numerosos los estudios que avalan su eficacia.

1. El CAD incluye la modificación de cogniciones, con estrategias de la terapia de Beck, entre los elementos de su núcleo.
2. El terapeuta hace el papel de instructor o líder del grupo en un programa altamente estructurado.
3. Es lo que dice la Guía: se diseñó para adultos con depresión y se ha extendido a muchas otras poblaciones y condiciones.
4. Son numerosos los estudios que avalan su eficacia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5, apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

157

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Con respecto a la terapia interpersonal (TIP; Weissman, Markowitz y Klerman, 2018), señale la respuesta correcta:

1 Es una terapia que no está determinada temporalmente (se pueden ir añadiendo sesiones hasta conseguir los objetivos terapéuticos).

2 Ofrece un marco comprensivo completo de la depresión, similar a otras terapias como la activación conductual o la terapia cognitiva.

3 Defiende que la depresión es una enfermedad y su aparición obedece a cambios en el entorno interpersonal como consecuencia de distintos problemas. ✓

4 No da importancia al análisis del afecto o la emoción elicitados por las circunstancias.

La terapia interpersonal atribuye la aparición de la depresión a cambios en el entorno interpersonal

Fonseca explica que la **TIP** defiende que la depresión es una **enfermedad médica** con factores biológicos, experiencias vitales e historia familiar, pero que una de sus premisas principales es que su aparición obedece a **cambios en el entorno interpersonal**, como la muerte de seres queridos, los conflictos, el divorcio, la jubilación o la soledad. Según Bleiberg y Markowitz, es una terapia **focalizada y temporalmente determinada**, orientada desde el diagnóstico, centrada en los problemas interpersonales y que **enfatiza el análisis del afecto** elicitado por las circunstancias. Pérez-Álvarez y García-Montes la consideran pragmática porque, a diferencia de la AC o la TC, **no ofrece un marco comprensivo completo** de la depresión.

1. La TIP es una terapia focalizada y temporalmente determinada.
2. Se ha señalado lo contrario: a diferencia de la AC o la TC, la TIP no ofrece un marco comprensivo completo de la depresión.
3. Recoge la premisa del manual: la depresión es una enfermedad cuya aparición obedece a cambios en el entorno interpersonal.
4. La TIP enfatiza el análisis del afecto o la emoción elicitados por las circunstancias.

Trampa. Las opciones falsas invierten rasgos del mismo listado del manual. La 2 es la más engañosa porque nombra a la AC y a la TC, con las que el manual compara la TIP para decir justo lo contrario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, apdo. 2.2.3, págs. 313-314.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 84, PIR 2024 · n.º 115, PIR 2025 · n.º 114

158

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Qué intervención psicológica para la depresión tiene como propia la técnica TRAP-TRAC(k) (Jacobson et al. 2001) que sirve de guía y motivación a la persona en tratamiento?:

1. Activación conductual. ✓
2. Terapia dialéctico-conductual.
3. Terapia racional-emotiva.
4. Terapia interpersonal.

El diagrama TRAP-TRAC(k) es una herramienta de la activación conductual

Fonseca explica que la **activación conductual (AC)** pone el énfasis en cómo se perpetúa la depresión por **conductas de evitación** que alivian a corto plazo pero impiden recuperar el contacto con fuentes de reforzamiento. Para devolver esta información al paciente, la AC usa un diagrama: **TRAP** (trigger, response, avoidance pattern), el patrón de evitación que lo «entrampa», y **TRAC(k)**, el otro «camino», en el que frente a la evitación se plantea un **afrontamiento alternativo** (alternative coping). Recordar estos acrónimos sirve de guía y motivación para afrontar actividades al principio ingratas, que son las que devolverán los reforzadores.

1. El diagrama TRAP-TRAC(k) es propio de la activación conductual, que lo usa para explicar al paciente sus patrones de evitación.
2. La terapia dialéctico-conductual se diseñó para el trastorno de la personalidad límite, y el corpus no la vincula con este diagrama.
3. El corpus no asocia este diagrama a la terapia racional-emotiva.
4. La terapia interpersonal trabaja sobre cuatro áreas problemáticas interpersonales y no usa este diagrama.

Para fijarlo. TRAP es la trampa de la evitación; TRAC(k) es la pista alternativa por la que se sale de ella.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, figura 9.1, 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, PIR 2024 · n.º 83

159

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿En qué consisten los tres bloques que integran el programa de entrenamiento en reconocimiento emocional (Wölwer et al, 2005)?:

1. El primer bloque está dirigido a identificar emociones básicas; el segundo a trabajar el procesamiento emocional; el tercero a la identificación de expresiones más ambiguas del afecto. ✓
2. El primer bloque está dirigido a la diferenciación entre estímulos visuales sin componente social; el segundo a trabajar la identificación de emociones básicas; el tercero a trabajar el procesamiento emocional.
3. El primer bloque está dirigido a la identificación de expresiones ambiguas de afecto; el segundo a conocer los componentes de la cognición social; el tercero a trabajar la teoría de la mente.
4. El primer bloque está dirigido a entrenar habilidades sociales básicas; el segundo a entrenar habilidades sociales complejas; el tercero a trabajar el procesamiento emocional.

El TAR avanza en tres bloques, de las emociones básicas a las expresiones más ambiguas del afecto

Fonseca distingue programas de cognición social específicos, como el **Training of Affect Recognition (TAR)**, centrado solo en el reconocimiento de emociones, y otros más complejos como la IPT, la CET o el SCIT. El TAR de Wölwer et al. (2005) consta de **tres bloques** de cuatro sesiones de 45 minutos, con trabajo por parejas en presencia del terapeuta. El primer bloque se dirige a **identificar las emociones básicas** mediante signos faciales como miradas, gestos o movimientos; el segundo trabaja el **procesamiento emocional** a un nivel más global, incluido el no verbal, y el tercero atiende a las relaciones que dan pie a **expresiones más ambiguas del afecto** y a su desarrollo en el contexto social.

1. Reproduce la secuencia de los tres bloques del TAR.
2. La diferenciación de estímulos sin componente social recuerda al primer subprograma de la IPT, la diferenciación cognitiva, que entrena habilidades cognitivas no sociales.
3. Empieza por lo que en el TAR es el último bloque, las expresiones ambiguas del afecto, y añade contenidos que el programa no incluye.
4. Las habilidades sociales básicas y complejas no son los bloques del TAR, un programa específico de reconocimiento de emociones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, págs. 292-293.

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

Respuesta correcta: 4

¿En qué consisten las tres fases que integran el programa entrenamiento en cognición social e interacción (Penn et al, 2005)?:

1. La primera aborda los déficits en cognición social más habituales en la psicosis; la segunda propone un entrenamiento en procesamiento emocional; la tercera consiste en un entrenamiento en teoría de la mente.
2. La primera propone un entrenamiento en funciones neurocognitivas básicas como atención, memoria y funciones ejecutivas; la segunda propone un entrenamiento en procesamiento emocional, teoría de la mente y estilo atribucional; la tercera consiste en un entrenamiento en metacognición.
3. La primera aborda las habilidades sociales básicas; la segunda trata de un entrenamiento en habilidades sociales complejas; la tercera va dirigida a la extrapolación de las habilidades aprendidas a la vida diaria.
4. La primera aborda la comprensión de emociones; la segunda se dirige al estilo de cognición social; la tercera va dirigida a la consolidación de habilidades aprendidas y extrapolación de las mismas a la vida diaria. ✓

El SCIT va de la comprensión de emociones al estilo de cognición social y a su consolidación en la vida diaria

Fonseca describe el **Social Cognition and Interaction Training (SCIT)** de Penn et al. (2005) como un programa de **tres fases**. La primera, de seis sesiones, trabaja la **comprensión de emociones**. La segunda, de siete, se dirige al **estilo de cognición social**: el estilo atribucional, la tolerancia a la ambigüedad, la distinción de pistas y la recogida de datos para llegar a mejores conclusiones. En la tercera, de cinco sesiones, **se consolidan las habilidades aprendidas y se extrapolan** a problemas de la vida diaria. La tabla 9.1 del manual detalla las sesiones, con actividades como los personajes de Mary, Bill y Eddie, que hacen atribuciones distintas ante una misma situación.

1. La primera fase trabaja la comprensión de emociones, y la teoría de la mente forma parte de la segunda, junto con los estilos atribucionales, según la tabla 9.1.
2. El SCIT no incluye una fase de entrenamiento neurocognitivo en atención, memoria y funciones ejecutivas ni otra de metacognición.
3. Las habilidades sociales básicas y complejas no forman las fases del SCIT, aunque la tercera sí extrapola lo aprendido a la vida diaria.
4. Coincide con las tres fases que describe el manual.

PROGRAMAS DE COGNICIÓN SOCIAL EN LA PSICOSIS SEGÚN FONSECA-PEDRERO

Programa	Estructura y contenidos
Training of Affect Recognition (TAR)	Tres bloques con cuatro sesiones cada uno; identificar las emociones básicas; procesamiento emocional a nivel más global; expresiones más ambiguas del afecto
Emotion Management Training (EMT)	Se cubren tres grados; expresión e identificación de emociones; ajuste social mediante el entrenamiento en estrategias de afrontamiento; manejo del estrés y el ajuste social
Integrated Psicological Therapy (IPT)	Diferenciación cognitiva; percepción social; comunicación verbal; habilidades sociales; resolución de problemas interpersonales
Cognitive Enhancement Therapy (CET)	Grupos pequeños durante 75 horas; ejercicios de atención, memoria y solución de problemas; menos lineal y escalonado que la IPT
Social Cognition and Interaction Training (SCIT)	Se divide en tres fases; comprensión de emociones; estilo de cognición social; se consolidan las habilidades aprendidas y se extrapolan a problemas de la vida diaria

Fuente: Fonseca-Pedrero (2019), cap. 9, págs. 292-293

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, tabla 9.1, págs. 293-294.

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

161

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es la diferencia fundamental entre la terapia para la mejora cognitiva (CET) (Hogarty y Flesher, 1999) y el programa de terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (IPT) (Roder y cols., 1996)?:

1 CET solo aborda aspectos relacionados con la neurocognición, mientras que IPT trabaja tanto en neurocognición como en cognición social.

2 IPT solo aborda aspectos relacionados con la neurocognición, mientras que CET trabaja tanto en neurocognición como en cognición social.

3 Aunque ambos abordan tanto déficits en cognición social como en neurocognición, IPT es menos lineal y escalonado que CET.

4 Aunque ambos abordan tanto déficits en cognición social como en habilidades cognitivas, CET es menos lineal y escalonado que IPT. ✓

La CET y la IPT trabajan neurocognición y cognición social, pero la CET es menos lineal y escalonada

Fonseca presenta la **Cognitive Enhancement Therapy (CET)** de Hogarty y Flesher (1999) como una terapia que propone trabajar las **capacidades neurocognitivas y sociales** para mejorar las habilidades sociales; se aplica en grupos pequeños durante 75 horas con ejercicios de atención, memoria y solución de problemas. La **Integrated Psychological Therapy (IPT)** de Roder y colaboradores también combina ambos planos: su primer subprograma, la diferenciación cognitiva, entrena habilidades cognitivas no sociales, y los siguientes abordan la percepción social, la comunicación verbal, las habilidades sociales y la resolución de problemas interpersonales. El manual señala que la CET es **menos lineal y escalonada que la IPT**, aunque ambas mejoran el funcionamiento social.

1 La CET trabaja las capacidades neurocognitivas y sociales; Vallejo (2012) añade que, tras el entrenamiento cognitivo en memoria, atención y solución de problemas, se trabaja en grupo la cognición social.

2 La IPT tampoco se limita a la neurocognición: tras la diferenciación cognitiva trabaja la percepción social, la comunicación y las habilidades sociales, y Vallejo (2012) la describe como un programa para la mejora de las habilidades cognitivas y sociales.

3 Invierte la comparación del manual, porque la menos lineal y escalonada es la CET.

4 Es lo que dice el manual: la CET es menos lineal y escalonada que la IPT.

Trampa. Las opciones 3 y 4 son la misma frase con los programas intercambiados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, págs. 292-293. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), págs. 967-968.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación) y Vallejo Adultos 2012 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 87, PIR 2024 · n.º 158

162

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

¿Qué cuatro habilidades, postuladas por Lysaker y Dimaggio (2014), suelen abordar los programas destinados a la mejora de la metacognición en psicosis?:

1 Autorreflexividad, comprensión de la mente del otro, teoría de la mente y estilo atribucional.

2 Procesamiento emocional, percepción/conocimiento social, teoría de la mente y estilo atribucional.

3 Autorreflexividad, comprensión de la mente del otro, descentramiento y capacidad para integrar la información intersubjetiva que permita resolver los problemas de forma adaptativa. ✓

4 Percepción emocional, descentramiento, percepción/conocimiento social y estilo atribucional.

El modelo integrado de la metacognición agrupa cuatro habilidades, de la autorreflexividad al dominio

En el capítulo sobre la terapia metacognitiva en la psicosis, el manual de Fonseca recoge la definición integrada de **metacognición** de Lysaker y Dimaggio (2014), que abarca desde identificar los propios deseos o emociones hasta integrar la información intersubjetiva en representaciones amplias de uno mismo, los demás y el mundo. El modelo organiza los procesos en **cuatro habilidades**: la **autorreflexividad**, o capacidad de pensar sobre los propios estados mentales; la **comprensión de la mente del otro**; el **descentramiento**, o comprender que uno no es el centro del mundo, y el **dominio**, la capacidad de integrar la información intersubjetiva en definiciones amplias de los problemas para resolverlos de forma adaptativa.

1 Mezcla dos habilidades del modelo con la teoría de la mente y el estilo atribucional, que el manual trabaja en programas de cognición social como el SCIT.

2 Procesamiento emocional, percepción social, teoría de la mente y estilo atribucional son contenidos de los programas de cognición social; ninguno es una de las cuatro habilidades del modelo.

3 Son las cuatro habilidades del modelo: autorreflexividad, comprensión de la mente del otro, descentramiento y dominio.

4 Solo el descentramiento pertenece al modelo; las otras tres habilidades son de cognición social.

Para fijarlo. Yo, el otro, salir del centro y dominar el problema: los cuatro peldaños de la metacognición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 13, págs. 392-393.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 105

163

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Qué tres funciones cognitivas básicas se trabajan mediante la terapia para la mejora cognitiva (CET) (Hogarty y Flesher, 1999)?:

1. Atención, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo.
2. Atención, memoria y resolución de problemas. ✓
3. Memoria, fluidez verbal y aprendizaje verbal.
4. Memoria, velocidad de procesamiento y praxias.

La CET empieza con un entrenamiento cognitivo en memoria, atención y solución de problemas

Según el capítulo de esquizofrenia del manual de Vallejo, la **terapia para la mejora cognitiva (CET)** se aplica a pacientes clínicamente estables con limitaciones sociales y laborales, y busca aumentar la resistencia mental, un procesamiento activo de la información y la resolución espontánea de desafíos sociales. Empieza con un **entrenamiento cognitivo** de 75 sesiones durante seis meses, con tareas de ordenador para potenciar la **memoria, la atención y la solución de problemas**, y continúa con unas 55 sesiones de grupo sobre **cognición social**: ponerse en el lugar de los demás, interpretar claves no verbales, manejar emociones y valorar el contexto social. El manual de psicosis de Fonseca coincide en los ejercicios de atención, memoria y solución de problemas.

1. La velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo no figuran entre las funciones que entrena la CET; la velocidad de procesamiento aparece solo como uno de los resultados que mejoraron en un estudio controlado.
2. Son las tres funciones que se potencian en el entrenamiento cognitivo inicial de la CET.
3. La fluidez verbal y el aprendizaje verbal no se citan entre las tareas del entrenamiento cognitivo de la CET.
4. Tampoco la velocidad de procesamiento ni las praxias forman parte de las tres funciones que se entrenan.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), pág. 967. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 9, pág. 293.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 158

164

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes trastornos del sueño es una disomnia:

1 Alteraciones circadianas. ✓

2 Bruxismo.

3 Somniloquios.

4 Terrores nocturnos.

Las alteraciones circadianas son una disomnia, y el bruxismo, los somniloquios y los terrores nocturnos, parasomnias

En el capítulo de trastornos del sueño, Belloch, Sandín y Ramos definen las **disomnias** como los trastornos relacionados con la **cantidad y/o el horario del sueño**: el insomnio, la somnolencia diurna excesiva y las **alteraciones circadianas**. Las **parasomnias**, en cambio, son trastornos que **tienen lugar durante el sueño** e incluyen el sonambulismo, los terrores nocturnos, los somniloquios (el habla durante el sueño), las pesadillas, el bruxismo y la enuresis, entre otros.

1. Las alteraciones circadianas afectan al horario del sueño, y el manual las incluye entre las disomnias.
2. El bruxismo es una parasomnia, un trastorno que tiene lugar durante el sueño.
3. Los somniloquios, el habla durante el sueño, también son parasomnias.
4. Los terrores nocturnos figuran igualmente entre las parasomnias.

Para fijarlo. Disomnia: cuánto y cuándo se duerme. Parasomnia: qué ocurre mientras se duerme.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 549-550.

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

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En el marco de las intervenciones en la esquizofrenia y por lo que respecta al tratamiento focalizado en la familia (Miklowitz et al., 1988, 1996, 1997), señale la opción correcta:

1. Se basa en que el paciente crea estrés en la familia.
2. Se basa en que el paciente está influenciado por el estrés en su familia. ✓
3. Se basa en disminuir las interacciones familiares.
4. Es un modelo no estructurado.

La terapia centrada en la familia parte de que el clima familiar influye en las recaídas del paciente

Fonseca explica que las intervenciones familiares se fundamentan en la asociación entre la **alta emoción expresada** de los familiares (actitudes críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional) y las **mayores tasas de recaída**. La **terapia centrada en la familia (FFT)** de Miklowitz y Goldstein se desarrolló originalmente para la esquizofrenia y se adaptó al trastorno bipolar. Es una intervención **manualizada y estructurada** de 21 sesiones durante nueve meses, con psicoeducación, **habilidades de comunicación** y entrenamiento en resolución de problemas, y parte de que las interacciones familiares excesivamente negativas pueden desencadenar la recaída. En la psicosis, el manual añade que ciertas respuestas de la familia pueden actuar como un **estresor** que empeora la sintomatología.

1. El fundamento del modelo va en la dirección contraria: la alta emoción expresada y las interacciones familiares negativas favorecen las recaídas del paciente.
2. Recoge el fundamento de la intervención: la alta emoción expresada y las interacciones familiares negativas favorecen las recaídas.
3. En la FFT están incluidos todos los miembros de la familia, que aprenden habilidades de comunicación y resolución de problemas para reducir los conflictos.
4. Es una intervención manualizada y estructurada, de 21 sesiones durante nueve meses.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, apdo. 2.7, págs. 274-275; cap. 10, apdo. 3.2.3, págs. 341-342.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base). Fonseca Adultos es Base del tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 162

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 2

En los problemas de erección, ¿qué técnica se emplea para evitar el rol de espectador eliminando la ansiedad de rendimiento?:

1. Autoestimulación.
2. Empleo de fantasías sexuales. ✓
3. Alineación coital.
4. Técnica del puente.

Las fantasías sexuales desvían la atención de la erección y rebajan la ansiedad de rendimiento

Penadés señala que en la evaluación de las disfunciones sexuales hay que atender a tres aspectos: la falta de conocimientos y habilidades sexuales, la **ansiedad de ejecución** y la asunción del **rol de espectador**, es decir, la autoobservación de la propia ejecución. Para el **trastorno eréctil**, su cuadro 22.1 (adaptado de Ballester y Gil) propone, junto a la terapia cognitiva de la ansiedad de ejecución y la técnica de parada y arranque, el **establecimiento de fantasías sexuales que desvíen la atención de la erección**. Al poner la atención en la fantasía, el paciente deja de vigilar su propia respuesta. Belloch recoge la misma técnica para el trastorno eréctil en su tabla 14.6.

1. En el cuadro, la masturbación aparece en el trastorno eréctil como parte de la técnica de parada y arranque, y la autoestimulación como técnica propia del trastorno del interés o la excitación femenino; para desviar la atención de la erección el manual propone las fantasías.
2. Es la técnica que el cuadro 22.1 y la tabla 14.6 asignan al trastorno eréctil para desviar la atención de la erección.
3. La alineación coital no aparece entre las técnicas que Penadés y Belloch proponen para el trastorno eréctil.
4. La maniobra del puente o apuntalamiento se usa cuando la mujer no alcanza el orgasmo durante el coito, y su versión masculina, en la eyaculación retardada.

Para fijarlo. La fantasía saca al paciente de la grada: deja de mirarse y vuelve a participar.

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. 543, 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, pág. 455, y tabla 14.6, pág. 461.

EN EL ATLAS

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

167

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 4

El tratamiento de un trastorno orgásmico femenino generalizado debe comenzar por:

1. Masturbación delante del compañero sexual.
2. Focalización sensorial.
3. Relaciones coitales.
4. Masturbación a solas. ✓

El tratamiento del trastorno orgásmico femenino empieza por conseguir el orgasmo a solas

Labrador y Roa explican que la disfunción orgásmica en la mujer suele tratarse en **dos fases**: una primera orientada a la **obtención del orgasmo en solitario** y una segunda que **generaliza** esa habilidad a la interacción con la pareja. En el programa de **Graber y Graber (1975)**, la primera fase recorre el reconocimiento corporal, los ejercicios de los músculos pubicoxígeos, el **entrenamiento en autoestimulación**, las fantasías y el vibrador. Penadés ordena los pasos del mismo modo en su cuadro 22.1, con el orgasmo a solas a través de la masturbación como primer paso, después la autoestimulación en presencia de la pareja y, por último, el orgasmo en el coito.

1. La autoestimulación en presencia del compañero es el cuarto paso de la segunda fase de Graber y Graber, cuando el orgasmo ya se generaliza a la pareja.
2. La focalización sensorial es el segundo paso de esa misma segunda fase, la de generalización en pareja.
3. El coito llega al final, en los dos últimos pasos de la segunda fase, primero con estimulación adicional del clítoris y después reduciéndola poco a poco.
4. Es el objetivo de la primera fase, obtener el orgasmo en solitario mediante la autoestimulación.

Para fijarlo. Primero a solas, luego delante de la pareja y solo al final en el coito.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14 (Disfunciones sexuales, Labrador y Roa), págs. 766-767. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 22, cuadro 22.1, pág. 556.

EN EL ATLAS

Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Ampliación) y Penadés (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 146

Respuesta correcta: 1

¿En qué consiste la maniobra del puente?:

1. En simultanear la estimulación manual de los genitales con movimientos coitales hasta que se produzca la eyaculación intravaginal. ✓
2. En eyacular fuera de la vagina.
3. En acariciarse mutuamente ambos miembros de la pareja hasta alcanzar el orgasmo simultáneo.
4. En masturbarse delante de la pareja.

La maniobra del puente suma estimulación manual a los movimientos del coito

La **maniobra del puente**, también llamada **apuntalamiento**, se reserva para el final de los programas de terapia sexual, cuando la respuesta ya se consigue por otras vías y falta lograrla durante el coito. Labrador y Roa la describen en la anorgasmia como la **estimulación adicional del clítoris durante el coito**, acompañada de intensos movimientos de empuje. Penadés recoge además una **versión masculina** para la **eyaculación retardada**, en la que el hombre o su pareja estimulan manualmente el pene durante el coito. La opción 1 describe esa combinación de estimulación manual y movimientos coitales en su forma masculina, cuyo objetivo es la eyaculación intravaginal.

1. Combina la estimulación manual de los genitales con los movimientos del coito, como la versión masculina que Penadés propone para la eyaculación retardada.
2. La eyaculación fuera de la vagina aparece como un paso de otros programas, por ejemplo al final de la fase de penetración en el trastorno de erección. No describe el puente.
3. Las caricias mutuas recuerdan a la focalización sensorial, que según Penadés busca la sensualidad y no la excitación ni el orgasmo. Nada en la descripción del puente habla de un orgasmo simultáneo.
4. Masturbarse delante de la pareja es un paso anterior de la secuencia, tanto en el trastorno orgásmico femenino como en la eyaculación retardada.

> **Para fijarlo.** El puente une dos orillas: la estimulación manual que ya funciona y el coito, donde la respuesta todavía no llega.

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. 553, y cuadro 22.1, págs. 556-557. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14 (Disfunciones sexuales, Labrador y Roa), págs. 759 y 782.

EN EL ATLAS
Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Penadés (Base) y Vallejo Adultos 2012 (Ampliación).

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

¿Qué intervenciones en el tratamiento de las adicciones se definen por el establecimiento de medidas para que el consumo se produzca en condiciones de seguridad para la salud de los usuarios?:

1 Comunidades terapéuticas.

2 Centros de día.

3 Programas con antagonistas opiáceos.

4 Programas de reducción de daños. ✓

Los programas de reducción de daños buscan un consumo más seguro en lugar de la abstinencia inmediata

Secades Villa y Fernández Hermida describen el auge de los **programas de reducción de riesgos y daños**, preferentemente con sustitutivos, que surgieron a finales de los años ochenta como **alternativa a los tratamientos que persiguen la abstinencia inmediata**. En lugar de la abstinencia, su eficacia se mide por la adherencia al tratamiento y por la **disminución de las consecuencias asociadas al uso de drogas**, como la vía de administración, la delincuencia, la marginación o enfermedades como el sida y la hepatitis. También buscan **evitar las prácticas de riesgo** y fomentar conductas más saludables, como el intercambio de jeringuillas, el uso de preservativos o el acceso a los recursos sanitarios.

1 Las comunidades terapéuticas son la modalidad de tratamiento residencial. La guía las cita al catalogar los programas según su contexto, sin vincularlas a un consumo seguro.

2 Los centros de día son los programas semirresidenciales, otra modalidad de contexto de tratamiento que la guía enumera junto a las unidades hospitalarias y los programas externos.

3 Los antagonistas opiáceos, como la naltrexona, aparecen en programas en los que el manejo de contingencias mejora la retención y la abstinencia.

4 Es la definición que da la guía: reducir las consecuencias del consumo y las prácticas de riesgo en lugar de exigir la abstinencia inmediata.

Para fijarlo. Reducir daños es aceptar que habrá consumo y conseguir que haga el menor daño posible.

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. 3 (Secades Villa y Fernández Hermida), apartados 1.3 y 2 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

170 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

En el modelo de Marlatt y Gordon (1985), a las conductas, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan a las personas a situaciones de alta probabilidad de consumo se las denomina:

1 Matriz adictiva de valoración.

2 Craving.

3 Decisiones aparentemente irrelevantes. ✓

4 Creencias justificativas.

Las decisiones aparentemente irrelevantes acercan a la persona a las situaciones de alto riesgo

El modelo de **prevención de recaídas** de Marlatt y Gordon (1985) busca estrategias para prevenir o reducir el riesgo de recaída una vez abandonado el consumo, y entre sus técnicas centrales está identificar las **situaciones de alto riesgo**. Linehan recoge que fue Alan Marlatt quien acuñó el término **decisiones aparentemente irrelevantes**, acciones que parecen razonables y ajenas a la adicción, pero que acercan a ella y se basan en no pensar en la conducta y sus consecuencias, en una **negación** total. Vallejo las define como **minidecisiones** que incrementan la probabilidad de encontrarse ante una situación de alto riesgo; el programa de Labrador para el juego patológico busca reconocerlas y disminuirlas o eliminarlas, y el de Monti et al. para el alcohol propone evitar esas situaciones con una toma de decisiones más inteligente.

1 «Matriz adictiva de valoración» no es un término que recojan los manuales del corpus al describir la prevención de recaídas.

2 El craving es el deseo intenso de consumir, que puede acompañar a las situaciones de riesgo. No designa las decisiones que llevan hasta ellas.

3 Es el término que acuñó Marlatt para esas decisiones que, sin parecer relacionadas con el consumo, aumentan la probabilidad de acabar en una situación de alto riesgo.

4 «Creencias justificativas» tampoco aparece en los manuales del corpus como término del modelo, y el enunciado habla de conductas y decisiones.

Ojo. Linehan atribuye el término a Marlatt sin dar la fecha ni nombrar a Gordon, y las opciones 1 y 4 no aparecen en el corpus como términos del modelo. La definición como minidecisiones se toma de la 2.ª ed. de Vallejo (2012), porque la 4.ª ed. (2023) solo nombra la técnica en la tabla 12 del programa de juego.

Para fijarlo. Nadie decide recaer; decide pasar «solo un momento» por el bar de siempre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, págs. 642-643. Linehan, M. M. (2020). Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta (P. Gagliesi, rev. y trad.). EDULP. Cap. 10, apdo. XVIII, «Mente clara» (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Alcoholismo, Becoña), tabla 7, pág. 35, y cap. 3 (Juego patológico, Labrador y Labrador), tabla 12, pág. 190. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 4 (Juego patológico, Labrador), pág. 294.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Vallejo Adultos (Consulta).

171

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D9 · Tabaco

Respuesta correcta: 1

¿Con qué fin, en algunos programas de tratamiento del tabaquismo (p. ej., Becoña, 2007), se solicita a los sujetos que inicialmente reduzcan la cantidad de nicotina?:

1. Para reducir la probabilidad de síntomas de abstinencia. ✓
2. Para controlar los estímulos.
3. Para obtener feedback fisiológico del consumo.
4. Para realizar un autorregistro del consumo.

Reducir poco a poco la nicotina pretende evitar los síntomas de abstinencia

La **reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán** (RGINA) es, según Fonseca, una de las técnicas más empleadas en la fase de abandono del tabaco: se cambia a marcas con menos nicotina y se reduce de forma progresiva el número de cigarrillos. El procedimiento procede de **Foxx y Brown (1979)**, que lo diseñaron para producir un **descenso paulatino en la dosis diaria de nicotina**, de modo que las inconveniencias asociadas a dejar de fumar, el **síndrome de retirada**, no aparezcan. Gil Roales-Nieto añade en la Guía de tratamientos eficaces que el desvanecimiento progresivo del control que ejerce la nicotina facilitaría el abandono al **minimizar la aparición de síntomas de abstinencia**.

1. Es el propósito con el que Foxx y Brown diseñaron la reducción progresiva de la nicotina.
2. El control estimular es otra técnica del programa de tabaquismo, que la tabla 17.3 de Fonseca recoge aparte de la reducción de nicotina y alquitrán.
3. El feedback fisiológico, con la medida del monóxido de carbono y la cotinina, es otro componente, que en el caso de Fonseca sirve sobre todo para reforzar la motivación y el compromiso con el cambio.
4. El autorregistro acompaña a la reducción de nicotina e informa al fumador de sus progresos, pero es un componente distinto del programa.

Ojo. La Base del tema, Amigo (2020, cap. 6, apdos. 5.1-5.2), presenta la RGINA como la técnica principal de su programa multicomponente para dejar de fumar, y en la primera sesión explica que la reducción gradual del consumo no tiene consecuencias negativas para el organismo y no acarrea los problemas que trae consigo el abandono brusco del tabaco. El autorregistro, el feedback fisiológico y el control de estímulos figuran en ese programa como componentes distintos. El PDF del corpus tiene el texto cifrado y no conserva la paginación impresa; se ha leído sobre la imagen.

Para fijarlo. Si la nicotina baja despacio, el cuerpo apenas nota la retirada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdos. 5.1-5.2. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 13 (Gil Roales-Nieto), pág. 310. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Tabaquismo, Gil Roales-Nieto y Gil Luciano), págs. 54-55. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 508 y 520-521.

EN EL ATLAS

Tema D9 · Tabaco. Se estudia con Amigo (Base) y Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación).

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 2

En el tratamiento cognitivo-conductual específico para la bulimia nerviosa de Fairburn, Marcus y Wilson (1993), ¿cuándo se recomienda introducir la reestructuración cognitiva?:

1. En la fase primera.
2. En la fase segunda. ✓
3. En la fase tercera.
4. En la fase primera y tercera indistintamente, siempre que el paciente presente infrapeso severo.

La reestructuración cognitiva llega en la segunda fase del programa de Fairburn para la bulimia

Saldaña presenta el programa de **Fairburn, Marcus y Wilson (1993)** como el tratamiento bien establecido que se debe emplear en la bulimia nerviosa. Dura **20 sesiones repartidas en tres fases**. La primera (sesiones 1 a 8) presenta el modelo cognitivo de mantenimiento y usa técnicas conductuales, como el autorregistro o el control de estímulos, para sustituir los atracones por patrones de alimentación más estables. En la **segunda fase** (sesiones 9 a 16) se insiste en suprimir las dietas y se emplean de forma extensa los procedimientos cognitivos, principalmente la **reestructuración cognitiva**. La tercera (sesiones 17 a 19, cada dos semanas) se dedica al **mantenimiento** de los cambios y a la **prevención de la recaída**.

1. La primera fase presenta el modelo cognitivo y trabaja con técnicas conductuales, como el autorregistro, el control de estímulos o las conductas alternativas.
2. En la segunda fase, de la sesión 9 a la 16, los procedimientos cognitivos se emplean de forma extensa, sobre todo la reestructuración.
3. La tercera fase se orienta al mantenimiento de los cambios y a la prevención de la recaída.
4. La reestructuración no se reparte entre la primera y la tercera fase, y el infrapeso severo no aparece en la descripción de este programa para la bulimia.

Para fijarlo. Primero se ordena la comida, después se discuten las ideas y al final se protege lo logrado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 4 (Saldaña García), apartado 4.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS: Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

En el tratamiento de la anorexia nerviosa en adultos, ¿qué recomienda la guía NICE respecto a los programas de tratamiento cognitivo-conductual individual como tratamiento de elección de primera línea?:

1. Explicar los riesgos de la desnutrición y el bajo peso. ✓
2. Generalmente consiste en hasta 20 sesiones.
3. Iniciar con posterioridad a la terapia farmacológica.
4. Aplicar como paso previo antes de abordar la rehabilitación nutricional.

La TCC individual para la anorexia en adultos incluye explicar los riesgos de la desnutrición y el bajo peso

Fonseca recoge que, en la anorexia nerviosa, las guías recomiendan como **primera elección en adultos** la **TCC centrada en los trastornos de la alimentación en formato individual**. Su tabla 16.1, adaptada de la guía **NICE (2017)**, resume los elementos esenciales de estos programas. Entre ellos están reducir el riesgo para la salud física, fomentar una alimentación y un peso saludables y **explicar los riesgos de la desnutrición y el bajo peso**. El manual añade que la terapia psicológica es el tratamiento de elección por encima de la farmacológica y que resulta imprescindible **combinar los enfoques psicológicos con los nutricionales**.

1. Es uno de los elementos esenciales que enumera la tabla 16.1.
2. Los programas consisten generalmente en hasta 40 sesiones durante 40 semanas, con dos sesiones semanales las primeras 2 o 3 semanas.
3. La terapia psicológica es el tratamiento de elección por encima de la farmacológica, y los fármacos no deben usarse como tratamiento único.
4. El manual pide combinar lo psicológico con lo nutricional y señala que la terapia psicológica es más eficaz cuando el IMC ya está alrededor de 18. No la sitúa antes de la rehabilitación nutricional.

TABLA 16.1. ELEMENTOS ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS TCC INDIVIDUAL PARA EL ABORDAJE DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADULTOS (ADAPTADO DE NICE, 2017)

Elementos esenciales
Generalmente consisten en hasta 40 sesiones durante 40 semanas, con sesiones dos veces por semana en las primeras 2 o 3 semanas.
Pretenden reducir el riesgo para la salud física y cualquier otro síntoma del trastorno alimentario.
Fomentan una alimentación saludable y alcanzar un peso corporal saludable.
Cubren nutrición, reestructuración cognitiva, regulación del estado de ánimo, habilidades sociales, preocupación por la imagen corporal, autoestima y prevención de recaídas.
Desarrollan un plan de tratamiento personalizado basado en los procesos que parecen estar manteniendo el problema de alimentación.
Explican los riesgos de la desnutrición y el bajo peso.
Mejoran la autoeficacia.
Incluyen el autocontrol de la ingesta alimentaria y los pensamientos y sentimientos asociados.
Incluyen tareas para casa, para ayudar a la persona a practicar en su vida diaria lo que ha aprendido.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 16, tabla 16.1, pág. 489

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488-489 y tabla 16.1.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 117, PIR 2025 · n.º 99

174

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

¿En qué creencias se centra la terapia metacognitiva (Wells, 2009) para el trastorno obsesivo-compulsivo?:

1. En el contenido de las obsesiones y su vinculación con la historia personal del paciente.
2. En creencias acerca de los pensamientos y/o intrusiones, por ejemplo, en términos de fusión entre pensamientos, sucesos y acciones. ✓
3. En las creencias metacognitivas relacionadas con la rumiación.
4. En las creencias positivas que la persona mantiene en torno a la preocupación.

La terapia metacognitiva del TOC se centra en las creencias de fusión sobre los pensamientos intrusivos

Fonseca recoge que la **terapia metacognitiva** de Wells (1997, 2009), aplicada también al TOC, recalca la creencia de que el pensamiento tiene un amplio poder e importancia para el paciente, en términos de **fusión entre pensamientos, sucesos y acciones**. El propio Wells distingue dos modalidades de creencias metacognitivas en el TOC: las creencias acerca del **significado o la importancia de los pensamientos** y sentimientos intrusivos, que llama **creencias de fusión** (pensamiento-evento, pensamiento-acción y pensamiento-objeto), y las creencias sobre la necesidad de realizar **rituales**. Su terapia trabaja en el meta-nivel, con las creencias del paciente sobre su experiencia interna y no con las referidas al dominio externo.

1. La terapia metacognitiva se centra en las creencias que tienen los pacientes acerca de su experiencia interna y no en las referentes al dominio externo. En el ejemplo de Wells de una paciente con miedo a contaminarse, el tratamiento desafió las creencias relacionadas con la ocurrencia del pensamiento y dejó de lado la probabilidad de contaminarse realmente.
2. Son las creencias de fusión entre pensamientos, sucesos y acciones que destacan Fonseca y Wells.
3. Las creencias metacognitivas sobre la rumiación son el foco de la terapia metacognitiva de la depresión.
4. Las creencias positivas sobre la preocupación pertenecen al modelo metacognitivo del trastorno de ansiedad generalizada.

Trampa. Las cuatro opciones mezclan los focos que la terapia metacognitiva tiene en cada trastorno: fusión en el TOC, rumiación en la depresión y preocupación en el TAG.

Para fijarlo. En el TOC metacognitivo la pregunta pasa de «¿hay gérmenes?» a «¿qué significa para ti pensar en ellos?».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 398. Wells, A. (2020). Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión. Desclée De Brouwer. Cap. 8, págs. 217-218 y 225; cap. 6, tabla 6.2, pág. 136, y pág. 287.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 141

175

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

Señale la alternativa correcta en relación con la aplicación de la exposición con prevención de respuesta (EPR) en grupo para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):

1. La EPR para el TOC no puede realizarse en grupo porque se trata de un trastorno heterogéneo.
2. Aunque es prometedor, en términos de coste-eficacia, no hay estudios sobre la eficacia de la modalidad grupal de la EPR.
3. Los estudios de metaanálisis han mostrado que no hay diferencias entre el formato de la EPR (individual o en grupo) en la eficacia de la intervención. ✓
4. La EPR en grupo es menos eficaz que la aplicación individual y, además, hay más riesgo de abandonos.

La EPR en grupo rinde igual que la individual y no tiene más abandonos

Fonseca presenta la aplicación de la **EPR en grupo** como un intento de optimizar el uso de los recursos clínicos. El **metaanálisis de Öst et al. (2015)** concluye que el formato, individual o en grupo, **no afecta a los resultados**, y otro metaanálisis específico sobre 12 estudios controlados (Schwartze et al., 2016) confirma la ausencia de diferencias. El manual lo considera una **ventaja evidente en términos de coste-eficacia**. Tampoco hay diferencias en los **abandonos** (Pozza y Dèttore, 2017), y una revisión reciente señala incluso que el tratamiento en grupo tiene menos abandonos que el individual (Leeuwerik, Cavanagh y Strauss, 2019).

1. La EPR se aplica en grupo para optimizar los recursos clínicos, y los metaanálisis respaldan ese formato.
2. Sí hay estudios sobre su eficacia, entre ellos dos metaanálisis, el de Öst et al. (2015) y el de Schwartze et al. (2016).
3. Es la conclusión de Öst et al. (2015), confirmada por Schwartze et al. (2016).
4. El grupo no es menos eficaz ni tiene más abandonos, y una revisión reciente apunta a que tiene incluso menos.

> **Para fijarlo.** En el TOC, la EPR da lo mismo en grupo que a solas, y en grupo cuesta menos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 397.

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

Respuesta correcta: 4

Un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo realiza la siguiente afirmación sobre sus obsesiones y estrategias de control: “cuando me asalta la idea de tener relaciones sexuales inapropiadas, me digo ‘¡basta!’ e inmediatamente intento pensar en algo agradable”. Elige la indicación terapéutica correcta en este caso:

1. Reforzar la estrategia de control del paciente, ya que el entrenamiento le permitirá parar el pensamiento negativo.
2. Indicar al paciente que utilice esta estrategia de control con otros pensamientos disfuncionales para generalizar el aprendizaje.
3. Indicar al paciente que intente pensar en actividades sexuales apropiadas cuando le asalte el pensamiento negativo.
4. Ayudarle a identificar las estrategias de neutralización que utiliza en respuesta a las obsesiones. ✓

Decirse «¡basta!» ante una obsesión es una neutralización que hay que identificar y bloquear

Cruzado describe las **obsesiones autógenas**: pensamientos, imágenes o impulsos egodistónicos, de tipo sexual, agresivo o religioso, que irrumpen sin un estímulo evocador claro. En estos casos, las **respuestas neutralizadoras** pueden consistir en **detener el pensamiento**, en actividades distractoras o en compulsiones cognitivas como contraimágenes, autocastigos o fórmulas repetidas. El paciente del enunciado hace dos de ellas, porque se dice «¡basta!» y se distrae con algo agradable. En la exposición a las obsesiones, el terapeuta **enseña al paciente a identificar sus modos de neutralización** y a bloquearlos, le pide que registre y elimine cualquier neutralización diaria y subraya la importancia de la **prevención de respuesta**.

1. Reforzar la estrategia mantendría la neutralización. En el caso clínico de Fonseca, la detención de los pensamientos se refuerza negativamente por la reducción momentánea de la ansiedad y, más que bloquearlos, hace que reboten. Cruzado solo admite la detención del pensamiento para impedir la neutralización, nunca para la obsesión.
2. Generalizar la estrategia a otros pensamientos extendería la neutralización en lugar de reducirla.
3. Pensar en actividades sexuales apropiadas sería otra forma de neutralizar, parecida a las contraimágenes que recoge el manual.
4. Identificar los modos de neutralización es el paso previo para bloquearlos durante la exposición; así se hizo en el caso clínico de Fonseca, en el que se entrenó a la paciente para detectar las neutralizaciones y detenerlas.

> **Para fijarlo.** En el TOC, el «¡basta!» también es un ritual, solo que se hace por dentro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), págs. 450 y 492. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 402 y 404.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 119

177

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

De entre las distintas intervenciones psicológicas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, cuáles tienen nivel de evidencia 1, según las guías de evidencia clínica:

1. Búsqueda de seguridad, entrenamiento en inoculación del estrés y exposición prolongada.
2. Exposición prolongada, debriefing y EMDR.
3. EMDR, búsqueda de seguridad y exposición prolongada.
4. Exposición prolongada, terapia de procesamiento cognitivo y EMDR. ✓

Exposición prolongada, procesamiento cognitivo y EMDR son los tratamientos del TEPT con nivel de evidencia 1

La tabla 13.2 de Fonseca resume los niveles de evidencia y los grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para el TEPT. Solo tres alcanzan el **nivel 1** con **grado A**: la **exposición prolongada** (1++), la **terapia de procesamiento cognitivo** (1+) y la **EMDR** (1+). La búsqueda de seguridad (2++), la terapia centrada en el presente (2+) y el entrenamiento en inoculación de estrés (2+) se quedan con grado D, y el **debriefing**, en el nivel 4. El manual concluye que los tratamientos cognitivo-conductuales centrados en el trauma son los de elección, y que, junto con la EMDR, parecen compartir la exposición a la memoria traumática y la facilitación del procesamiento cognitivo.

1. La búsqueda de seguridad (2++) y el entrenamiento en inoculación de estrés (2+) no llegan al nivel 1.
2. El debriefing tiene el nivel más bajo de la tabla, el 4, sin grado de recomendación.
3. La búsqueda de seguridad se queda en el nivel 2++, con grado D.
4. Son las tres intervenciones con nivel 1 y grado A en la tabla 13.2.

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), Adultos, cap. 13, tabla 13.2, pág. 426. Nota de la tabla: EP: exposición prolongada; TPC: terapia de procesamiento cognitivo; EMDR: eyes movement desensitization and reprocessing; TCP: terapia centrada en el presente; EIE: entrenamiento en inoculación de estrés.

Para fijarlo. Lo que funciona en el TEPT pasa por el recuerdo: exponerse a él, repensarlo o reprocesarlo con movimientos oculares.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.2, pág. 426.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 90, PIR 2024 · n.º 124, PIR 2025 · n.º 126

178 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

En la terapia EMDR, la fase denominada desensibilización consiste en que:

1. Se chequea si existe alguna sensación negativa somática y si fuera el caso se completa el procesamiento.
2. Se trabaja con la estabilización y acceso a experiencias y emociones positivas.
3. Se pregunta por el recuerdo principal que está en la base del malestar actual.
4. Se provoca estimulación mediante movimientos oculares, escucha bilateral con un audio y/o estimulación táctil en manos, hombros y piernas (tapping). ✓

En la fase de desensibilización de la EMDR el recuerdo se procesa con estimulación bilateral

Fonseca describe la **EMDR** de Shapiro como un tratamiento en **ocho fases**. En la cuarta, la **desensibilización**, el protocolo básico da acceso a conocimientos, emociones, sensaciones físicas y otros recuerdos asociados a la diana, y el recuerdo se procesa hasta una resolución adaptativa, con un nivel de malestar igual a 0. La **estimulación bilateral** puede hacerse con **movimientos oculares**, con un audio que alterna el sonido entre el oído derecho y el izquierdo o con estimulación táctil en manos, hombros o piernas (**tapping**). La investigación recomienda los movimientos oculares por su mayor eficacia (Lee y Cuijpers, 2013).

1. Comprobar si queda alguna sensación negativa somática y completar su procesamiento es la sexta fase, el examen corporal.
2. La estabilización y el acceso a experiencias y emociones positivas corresponden a la segunda fase, la preparación.
3. Preguntar por el recuerdo principal que está en la base del malestar actual es la tercera fase, la evaluación del recuerdo traumático.
4. Es lo que ocurre en la cuarta fase, la desensibilización.

LAS OCHO FASES DE LA EMDR

Fase	Qué se hace
1. Recogida de historia del usuario	Se obtiene información general identificando la idoneidad para el tratamiento. Se elabora una lista de situaciones importantes positivas y negativas en la vida de la persona y se evalúa los eventos pasados que han sentado las bases de la patología, los disparadores actuales y las necesidades futuras.
2. Preparación	Estabilización y acceso a experiencias y emociones positivas. Psicoeducación e instalación de recursos.
3. Evaluación del recuerdo traumático	Se pregunta por el recuerdo principal que está en la base del malestar actual, obteniendo la peor imagen (puede ser visual, auditiva, sensorial, etc.), la creencia negativa actual, la creencia positiva deseada, la sensación física y las mediciones del nivel de malestar (0 «puedo recordar el evento sin perturbación actual» -10 «siento gran perturbación ahora al recordarlo»).
4. Desensibilización	Gracias al protocolo básico de EMDR, se accede a conocimientos, emociones, sensaciones físicas y otros recuerdos asociados a la diana. Se procesa el recuerdo hasta resolución adaptativa, con un nivel de malestar igual a 0. La estimulación puede ser mediante movimientos oculares, escucha bilateral con un audio que alterna un sonido por oído derecho e izquierdo de forma alternativa y estimulación táctil en manos, hombros o piernas (tapping).
5. Instalación	Se aumentan las conexiones con redes cognitivas positivas. Se identifica la mejor creencia positiva, así como la validez de la creencia positiva deseada (VOC = 1-7).
6. Examen corporal	Se chequea si existe alguna sensación negativa somática y si fuera el caso se completa el procesamiento de la perturbación residual asociada con el blanco.
7. Cierre	Asegurar la estabilidad del usuario al terminar la sesión de EMDR y entre sesiones. Se usan visualizaciones guiadas o técnicas de autocontrol si fuera necesario.
8. Reevaluación	Se evalúan los efectos del tratamiento. Se vuelve a acceder al recuerdo de la sesión anterior para comprobar si hay nuevos temas que necesiten ser explorados.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 13, págs. 419-421

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 419-421.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 172

179

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

En el contexto del tratamiento del estrés postraumático, las técnicas de exposición, tanto en imaginación como en vivo, suponen que la aproximación a los recuerdos traumáticos o a las situaciones temidas conduce a (señale la INCORRECTA):

1. El procesamiento emocional de la información afectiva.
2. La habituación de la ansiedad.
3. La eliminación de información correctora. ✓
4. La vivencia de dominio sobre la experiencia de que la ansiedad no implica pérdida de control.

La exposición al trauma sirve para incorporar información correctora

Fonseca explica que la exposición a las memorias traumáticas en un entorno de seguridad propiciaría la habituación del miedo y el cambio posterior en su estructura. Según el manual, las técnicas de exposición, en imaginación o en vivo, suponen que la aproximación a los recuerdos traumáticos o a las situaciones temidas conduce a cuatro efectos: el **procesamiento emocional** de la información afectiva, la **habituación** de la ansiedad, la **incorporación de información correctora** y la **vivencia de dominio** sobre la experiencia de que la ansiedad no implica pérdida de control. La opción 3 cambia «incorporación» por «eliminación» y por eso es la falsa.

1. El procesamiento emocional de la información afectiva es el primero de los cuatro efectos que enumera el manual.
2. La habituación de la ansiedad es el segundo.
3. Es la afirmación falsa, porque la exposición sirve para incorporar información correctora.
4. La vivencia de dominio sobre la experiencia de que la ansiedad no implica pérdida de control es el cuarto efecto.

> **Trampa.** Pregunta en formato «señale la INCORRECTA»: tres opciones copian la lista del manual y la cuarta cambia una sola palabra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 414.

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

180

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 2

De entre las terapias para personas con trastorno de estrés postraumático y sentimientos de culpa asociados, ¿cuál incluye específicamente una narrativa escrita del trauma?:

1. La terapia centrada en el presente.
2. La terapia del procesamiento cognitivo. ✓
3. El entrenamiento en inoculación del estrés.
4. La terapia EMDR.

La terapia de procesamiento cognitivo incluye una narrativa escrita del trauma

La **terapia de procesamiento cognitivo** (CPT) es una intervención predominantemente cognitiva para personas con TEPT y **sentimientos de culpa** asociados. En doce sesiones usa la reestructuración cognitiva y el diálogo socrático para desafiar los **puntos de estancamiento**, como «ocurrió por mi culpa». Además, incluye una **narrativa escrita del trauma**. Se pide a los usuarios que escriban sobre el acontecimiento traumático nuclear para que expresen y procesen las emociones e identifiquen creencias erróneas y omisiones de detalles importantes. La redacción se lee a diario y al final se reescribe para comparar los cambios. Existe una versión sin narrativa escrita, la CPT-C.

1. La terapia centrada en el presente se ocupa del aquí y ahora y de los patrones de relación interpersonal, con la relación terapéutica como herramienta.
2. Es la terapia que, además de la reestructuración, pide escribir sobre el acontecimiento traumático nuclear.
3. El entrenamiento en inoculación de estrés enseña estrategias de afrontamiento de la ansiedad y no se centra en los recuerdos ni en las cogniciones relacionadas con el trauma.
4. La EMDR trabaja el recuerdo diana con estimulación bilateral, y el manual no describe en ella una narrativa escrita.

> **Para fijarlo.** CPT: culpa, puntos de estancamiento y una redacción que se escribe al principio y se reescribe al final.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 415-418.

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

181

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 3

Señale la afirmación correcta sobre la técnica implosiva desarrollada por Stampfl y Levis (1967) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad:

1. Se debe eliminar siempre la contingencia entre la respuesta y el estímulo condicionado.
2. Los estímulos aversivos no están asociados a contenidos dinámicos.
3. Uno de los objetivos de esta técnica es impedir cualquier respuesta de escape. ✓
4. Esta técnica se suele aplicar tanto en imaginación como en vivo.

La implosión mantiene al paciente en la escena temida imaginada sin dejarle escapar

La **terapia implosiva** de **Stampfl y Levis (1967)** es, junto a la desensibilización sistemática de Wolpe, uno de los orígenes de las técnicas de exposición. Rodríguez Morejón la describe como someter **imaginariamente** a la persona a la situación que causa la respuesta ansiógena y **mantenerla** en ese afrontamiento durante largos periodos, hasta que la respuesta emocional se extinga, y la sitúa en una **orientación psicodinámica**. Vallejo Ruiloba añade que su proceso básico coincide con el de la inundación, en la que el paciente no debe realizar **ningún tipo de conducta de evitación**, como abandonar la situación, y que solo se diferencia de ella en que la exposición se hace en la imaginación.

1. El corpus no recoge esta condición para la implosión, que se define por mantener al paciente en la escena temida hasta que la respuesta se extinga.
2. Los estímulos de la implosión tienen contenidos dinámicos, porque la técnica procede de una orientación psicodinámica, y Caballo describe que en ella la exposición al estímulo fóbico se acompaña de escenas de carácter terrorífico con ciertos tintes psicoanalíticos.
3. Mantener a la persona en la escena temida hasta la extinción de la respuesta emocional, sin ninguna conducta de evitación, implica impedir el escape, como en la inundación, cuyo proceso básico comparte.
4. La implosión se aplica en imaginación, y Vallejo Ruiloba la distingue de la inundación precisamente por eso; según Rodríguez Morejón, es la inundación la que puede hacerse en fantasía o en vivo.

Ojo. La opción 1 no puede descartarse con un texto del corpus, porque la contingencia entre la respuesta y el estímulo condicionado solo la trata Olivares y Méndez, que no está en él. El origen de la implosión junto a la desensibilización sistemática se cita de Vallejo 2012 (cap. 11, pág. 556) porque no se ha localizado en la 4.ª ed. (2023), y la Base del tema F13 (Díaz y Ruiz, cap. 4) no trata la implosión.

Para fijarlo. Implosión: imaginación, contenido psicodinámico y ninguna salida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 12, págs. 243-244. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 11 (Trastorno de estrés postraumático, Mas Hesse), págs. 556 y 591. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, pág. 188. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson. Cap. 28A (F. Fernández), apdo. «Técnicas de exposición» (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Rodríguez Morejón (Consulta).

182

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática | Revisar

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de habituación dual enunciado por Watts (1979) para la comprensión del mantenimiento de las respuestas de ansiedad, señale la correcta:

1. La ausencia de respuesta de escape se debe a la existencia de una respuesta que competía con ella.
2. En la reducción de las respuestas de ansiedad intervienen simultáneamente dos procesos distintos, de sensibilización y de habituación. ✓
3. En la reducción de las respuestas de ansiedad intervienen dos procesos distintos que se van alternando sin darse simultáneamente, de sensibilización y de habituación.
4. Si la frecuencia de la respuesta de evitación/escape se mantiene en 0, el resto de las respuestas de ansiedad nunca se extinguen.

En el modelo de habituación dual, sensibilización y habituación actúan a la vez

El modelo de **habituación dual** de Watts (1979) explica la reducción de la ansiedad con dos procesos, uno de **sensibilización** y otro de **habituación**. Su base es la teoría del proceso dual de la habituación y la sensibilización (Groves y Thompson, 1970), que Domjan expone así: un proceso de habituación produce disminuciones de la respuesta y otro de sensibilización produce incrementos, no son mutuamente excluyentes y **pueden activarse al mismo tiempo**, de modo que la conducta depende de cuál sea más fuerte. Fonseca describe ese curso en un caso de exposición prolongada, en el que primero aumentó la sensibilización y después decayó rápidamente, lo que facilitó el **decremento final de la respuesta** ansiógena.

1. Atribuir la ausencia de escape a una respuesta que compite con él no forma parte del modelo, que se centra en el juego entre sensibilización y habituación.
2. Es el núcleo del modelo: los dos procesos intervienen a la vez y el resultado depende de cuál pese más.
3. Según la teoría del proceso dual, los dos procesos pueden activarse al mismo tiempo y compiten por el control de la conducta; no se van turnando.
4. El modelo explica cómo se reducen las respuestas de ansiedad con la exposición prolongada, y no afirma que nunca se extingan.

Ojo. El modelo de habituación dual de Watts (1979) solo lo expone Olivares y Méndez, que no está en el corpus; la Guía I (cap. 12, apdo. 2.1) cita a Watts (1979) únicamente como explicación de la exposición por habituación. Por eso las opciones 1 y 4 no pueden descartarse con una cita del corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 2, págs. 53-54. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 21, pág. 630. 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. 12, apdo. 2.1 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Domjan no es fuente de este tema.

183

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 2

Respecto a las diferentes modalidades que se pueden utilizar al aplicar técnicas de exposición, señale las que obtienen una mayor eficacia:

1. Exposición con presencia del terapeuta y modalidad en imaginación.
2. Autoexposición y modalidad de exposición en vivo. ✓
3. Psicofármacos antidepresivos y modalidad de exposición mediante realidad virtual.
4. Exposición con presencia del terapeuta y uso de psicofármacos ansiolíticos.

La exposición en vivo y la autoexposición son las modalidades más eficaces

Díaz, Ruiz y Villalobos señalan que la **exposición en vivo** ha mostrado ser hasta ahora el procedimiento **más eficaz y efectivo** para algunos trastornos de ansiedad, en concreto las fobias específicas, y que se ha mostrado superior a la exposición en imaginación. Sobre el apoyo del terapeuta concluyen que, con independencia de los beneficios que pueda tener en algunos casos, los procedimientos de **autoexposición** son **más potentes** que los dirigidos por el terapeuta, porque aumentan la **autoeficacia** del paciente al atribuir el éxito a su propio esfuerzo. Por eso, siempre que sea posible, la autoexposición será preferible a los procedimientos con apoyo terapéutico.

1. La presencia del terapeuta facilita el acercamiento a corto plazo, pero no hay datos de que mejore los resultados a medio y largo plazo, y la exposición en imaginación es inferior a la exposición en vivo.
2. Son las dos modalidades que el manual considera más eficaces.
3. El capítulo no presenta los antidepresivos como modalidad de exposición, y la eficacia de la realidad virtual en los trastornos de ansiedad aún necesita más estudios controlados.
4. Llevar ansiolíticos encima es una conducta de seguridad frecuente, y el apoyo del terapeuta no aporta mejores resultados a medio y largo plazo.

Ojo. El manual matiza que en algunas fobias, como la fobia a las arañas, los programas asistidos por el terapeuta han sido más eficaces que los de autoayuda (pág. 221). La preferencia por la autoexposición es su conclusión general.

Para fijarlo. El éxito que el paciente consigue solo, y en la situación real, es el que más le convence de que puede.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, págs. 213, 215, 218, 221-222 y 228.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

184

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 1

Indique cuál de los siguientes procedimientos clínicos introdujo en primer lugar el mindfulness como parte de un tratamiento multicomponente:

1. Terapia de conducta dialéctica de Marsha Linehan. ✓
2. Terapia cognitiva basada en mindfulness de la depresión.
3. Terapia de aceptación y compromiso.
4. Desensibilización sistemática.

La terapia dialéctico-conductual fue pionera en introducir el mindfulness en psicoterapia

Rodríguez Morejón señala que la **terapia dialéctico-conductual** (TDC) de Linehan es **pionera** a la hora de introducir en psicoterapia la filosofía budista a través de las técnicas de **mindfulness**, en un tratamiento que es heredero de las terapias conductuales. Díaz, Ruiz y Villalobos recogen la cronología: el mindfulness es un **componente** más de la TDC (Linehan, 1993) y de la **ACT** (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), mientras que la **terapia cognitiva basada en mindfulness** (Segal, Williams y Teasdale, 2002) lo convierte en el elemento central de un programa específico. La TDC es, de las tres, la primera en incorporarlo.

1. Es la terapia que el manual presenta como pionera en introducir el mindfulness en psicoterapia (Linehan, 1993).
2. La terapia cognitiva basada en mindfulness es posterior (Segal, Williams y Teasdale, 2002) y hace del mindfulness el centro del programa.
3. La ACT integra el mindfulness como un componente, pero es posterior a la TDC (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).
4. La desensibilización sistemática de Wolpe (1958) se basa en inducir relajación mientras se expone al paciente en imaginación a una jerarquía de estímulos.

> **Para fijarlo.** Linehan llegó primero: 1993, antes que la ACT (1999) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (2002).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 22, págs. 385-386.
Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10, págs. 496 y 514; cap. 5, pág. 255.

EN EL ATLAS

Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Rodríguez Morejón no es fuente de este tema. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 98

185

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes enunciados define la creencia disfuncional de sobrestimar la importancia del pensamiento, en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo?:

1. Otorgar un significado personal relevante y negativo a la ocurrencia de las obsesiones o de sus contenidos. ✓
2. Sobrevalorar la importancia de ejercer un control completo sobre las obsesiones.
3. Creer que controlar las obsesiones es posible y deseable.
4. Pensar que uno tiene un poder decisivo para provocar o prevenir acontecimientos negativos.

Sobrevalorar la importancia del pensamiento es dar un significado personal y negativo a la obsesión

Belloch recoge las dimensiones de creencias disfuncionales que consensuó el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). La primera, **sobrevalorar la importancia del pensamiento**, tiene tres componentes, que son la sobrevaloración en sentido estricto, la **fusión pensamiento-acción de tipo moral** y la de **tipo probabilidad**. La primera consiste en **otorgar un significado personal relevante y negativo** a la ocurrencia de los pensamientos, o de sus contenidos, como reveladores de la propia y auténtica naturaleza (Rachman, 1997, 1998). Se sustenta en un razonamiento circular: «Pienso en algo porque es importante, y es importante porque pienso en ello». Las otras opciones describen la importancia de controlar los pensamientos y la **responsabilidad excesiva**.

1. Es la definición del componente en sentido estricto, tal como la formula Rachman.
2. Aspirar a un control completo sobre los pensamientos pertenece a otra dimensión, la importancia de controlar los pensamientos.
3. Mantener expectativas de control elevadas, o claramente irreales, también forma parte de la creencia sobre la importancia de controlar los pensamientos.
4. Considerar que, si uno puede tener alguna influencia personal, aunque sea fortuita o muy escasa, sobre la ocurrencia de un suceso negativo, es responsable de que no se produzca es un componente de la responsabilidad excesiva.

DIMENSIONES DE CREENCIAS DISFUNCIONALES DEL TOC CONSENSUADAS POR EL OCCWG

Dimensión	Qué incluye
Sobrevalorar la importancia del pensamiento	Tres componentes: (a) sobrevalorar la importancia de los pensamientos, que, en sentido estricto o restringido, implica atribuir un significado personal y negativo al pensamiento (Rachman, 1997, 1998); (b) la fusión pensamiento-acción (FPA) de tipo moral, y (c) la FPA de tipo probabilidad.
Importancia de controlar los pensamientos	Valoraciones y creencias relacionadas con el control. Componentes: (a) la necesidad de supervisar los propios pensamientos o de mantener la atención focalizada en ellos; (b) el mantenimiento de unas expectativas de control elevadas, o claramente irreales, sobre la capacidad para controlar el flujo mental; (c) la creencia de que la falta de control puede tener consecuencias muy negativas, tanto morales como comportamentales, y (d) el significado que se da a los fracasos en el control.
Sobrevalorar el peligro o las amenazas	El mantenimiento de unas expectativas generalizadas sobre la peligrosidad de las situaciones u objetos, o dicho de otro modo, la tendencia a prever daños o consecuencias dañinas en situaciones de la vida cotidiana.
Responsabilidad excesiva	Ante la ocurrencia de un pensamiento sobre un posible daño, la persona interpreta que es responsable de impedir que ese daño se produzca.
Intolerancia a la incertidumbre	Un aspecto especialmente asociado a la intolerancia a la incertidumbre (o a la necesidad de certeza) es el fenómeno cognitivo de la duda. Otro componente que suele incluirse en esta dimensión es el de la indecisión, o dificultad para tomar decisiones.
Perfeccionismo	Dos componentes: la orientación a logros positivos (perfeccionismo positivo) y la preocupación no adaptativa por la evaluación (perfeccionismo negativo). El perfeccionismo negativo hace referencia a que la función de la conducta es evitar los errores y el fracaso.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 5, págs. 159-161

Para fijarlo. «Pienso en algo porque es importante, y es importante porque pienso en ello»: el círculo de la sobrevaloración.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 159-161.

EN EL ATLAS

Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

186

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Con respecto a la adaptación de la terapia a las características de la persona, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Las personas con estilo de afrontamiento internalizante obtienen mejores resultados con tratamientos focalizados en la reducción de síntomas.
2. Las personas con alta reactancia obtienen mejores resultados con tratamientos en los que el enfoque del terapeuta es menos directivo. ✓
3. Las personas con estilo de afrontamiento externalizante obtienen mejores resultados con tratamientos dirigidos a fomentar el insight y la autoconciencia.
4. Las personas con baja reactancia obtienen mejores resultados con tratamientos en los que el enfoque del terapeuta se basa en intervenciones paradójicas.

Con pacientes muy reactivos funciona mejor un terapeuta menos directivo

Fonseca define la **reactancia** como una característica del consultante relacionada con el grado de tolerancia y aceptación de las situaciones que limitan su libertad. Por regla general, los consultantes con **reactancia alta** se benefician más de **tratamientos menos directivos**, y los de reactancia baja, de tratamientos más directivos (Castonguay et al., 2019). El metaanálisis de Beutler et al. (2018b) encontró un gran tamaño del efecto cuando el profesional asume una postura reflexiva y no directiva con clientes muy reactivos. En cuanto al **estilo de afrontamiento**, los **externalizantes** se benefician más de tratamientos centrados en modificar la conducta y reducir síntomas, y los **internalizantes**, de los que fomentan el insight y la autoconciencia.

1. Los tratamientos centrados en la reducción de síntomas convienen a los estilos externalizantes. Los internalizantes se benefician más de los que fomentan el insight y la autoconciencia.
2. Es la regla general que recoge Fonseca, confirmada por el metaanálisis de Beutler et al. (2018b). Gimeno, siguiendo a Beutler y Harwood (2000), considera que con reactancia alta las intervenciones más adecuadas suelen ser indirectas o incluso paradójicas.
3. El insight y la autoconciencia convienen a los estilos internalizantes; los externalizantes se benefician de modificar la conducta y reducir síntomas.
4. Con baja reactancia se recomiendan tratamientos más directivos y estructurados. Las intervenciones paradójicas se consideran con pacientes altamente reactivos.

Trampa. Las cuatro opciones combinan dos variables del consultante con dos tipos de tratamiento, y tres de ellas cruzan los emparejamientos.

Para fijarlo. Al paciente reactivo no se le empuja: cuanto más control siente, más colabora.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.18, págs. 154-155. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, págs. 96-99 y tabla 3.7.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base) y Fonseca Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 133, PIR 2024 · n.º 167, PIR 2025 · n.º 78

187

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 1

El trazado de límites y el trabajo con la jerarquía familiar pertenecen a la escuela:

1. Estructural de Minuchin. ✓
2. Estratégica de Haley.
3. Intergeneracional de Bowen.
4. Experiencial de Satir.

Trazar límites y ordenar la jerarquía familiar son señas de la terapia estructural de Minuchin

La **terapia estructural** de **Minuchin** busca cambiar la estructura familiar para conseguir **límites claros** entre los subsistemas y una alianza fuerte entre los padres que les permita tomar decisiones. Los límites o fronteras son las reglas que regulan quién participa en un subsistema y cómo, y pueden ser rígidos, claros o difusos. Para el buen funcionamiento familiar es central una **jerarquía clara y eficaz**, en la que los adultos tengan más poder que los hijos y mantengan a la vez una buena conexión emocional con ellos. Entre sus técnicas está el **trazado de límites**, con intervenciones que aumentan la conexión en las familias desligadas o la separación entre miembros y subsistemas en las aglutinadas.

1. Es la escuela que trabaja con límites, subsistemas y jerarquía, y que incluye el trazado de límites entre sus técnicas.
2. La terapia estratégica de Haley trabaja sobre todo con intervenciones directas y con tareas metafóricas o paradójicas que bloquean el patrón de interacción.
3. La terapia intergeneracional de Bowen busca la diferenciación del self de cada miembro, dentro de la familia nuclear y con respecto a la familia extensa.
4. La terapia experiencial de Satir se centra en la comunicación y la autoestima, con influencias humanistas.

> **Para fijarlo.** Minuchin dibuja el mapa de la familia: quién manda, quién está junto a quién y por dónde pasan las fronteras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25, págs. 430-433; cap. 24, pág. 420; cap. 26, pág. 443, y cap. 27, págs. 450-452. Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 7 (Terapia estructural, Martínez Díaz), págs. 215, 217 y 227.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 89

Respuesta correcta: 2

¿Cuáles son las técnicas de cambio que se utilizan en la terapia psicoanalítica?:

1. Análisis de la transferencia y contratransferencia e interpretación.
2. Interpretación, confrontación y clarificación. ✓
3. Análisis de las resistencias y clarificación.
4. Asociación libre, atención flotante y confrontación.

Las técnicas de cambio del psicoanálisis son la interpretación, la confrontación y la clarificación

Rodríguez Morejón explica que las técnicas psicoanalíticas son destrezas que el terapeuta maneja durante todo el tratamiento, y las ordena en tres grupos. Las **posiciones del terapeuta** son la regla de la abstinencia y la de la atención flotante. Los **métodos para obtener material** para el análisis son la asociación libre, la transferencia y la resistencia. Las **técnicas de cambio** son la **interpretación**, la confrontación y la clarificación. La interpretación es el mecanismo fundamental para promover el insight, y el señalamiento y la clarificación preparan el terreno para que las interpretaciones sean eficaces.

1. La transferencia es un método para obtener material para el análisis; de esta lista, solo la interpretación es una técnica de cambio.
2. Son las tres técnicas de cambio que enumera el manual.
3. La resistencia también es un método para obtener material, aunque la clarificación sí es una técnica de cambio.
4. La asociación libre es un método para obtener material y la atención flotante es una posición del terapeuta; solo la confrontación es técnica de cambio.

TÉCNICAS PSICOANALÍTICAS SEGÚN SU FUNCIÓN

Grupo	Técnicas
Posiciones del terapeuta	Regla de la abstinencia y de la atención flotante
Métodos para obtener material para el análisis	Asociación libre, transferencia y resistencia
Técnicas de cambio	Interpretación, confrontación y clarificación

Fuente: Rodríguez Morejón (2019), cap. 3, pág. 80

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 3, págs. 80 y 85.

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

189

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 1

El programa de tratamiento de Clare Philips (1987/1991):

1. Se utiliza en pacientes con dolor crónico. ✓
2. Se aplica a pacientes con trastorno bipolar.
3. Se utiliza en pacientes con ansiedad social.
4. Se aplica en régimen ambulatorio en pacientes con esquizofrenia.

El programa de Clare Philips trata en grupo a pacientes con dolor crónico

Vallejo presenta el programa de **Clare Philips (1988/1991)** como ejemplo de **programa estandarizado** para aplicar en **régimen ambulatorio** a pacientes con **dolor crónico**. Se diseñó para impartirse **en grupo**, de 4 a 7 personas, desde el departamento de psicología de un hospital general o clínica y dentro de un equipo multidisciplinar con médicos, farmacéuticos y fisioterapeutas. Sus criterios de inclusión son el dolor crónico e incapacitante, la reducción de actividades y de ejercicio, una intensa respuesta emocional al dolor, depresión de ligera a moderada, ganancias ambientales por las conductas de dolor y la falta de estrategias activas de afrontamiento.

1. Es el problema para el que se diseñó el programa.
2. El programa no está pensado para el trastorno bipolar; sus criterios de inclusión piden dolor crónico e incapacitante.
3. Tampoco se dirige a la ansiedad social; el manual lo presenta dentro del tratamiento del dolor crónico.
4. Se aplica en régimen ambulatorio, pero a pacientes con dolor crónico, y la psicosis activa es uno de sus criterios de exclusión.

Para fijarlo. Philips, en grupo y en el hospital: el dolor crónico se trata entre varios y con todo el equipo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 6 (Dolor crónico, Vallejo Pareja y Vallejo-Slocker), pág. 423. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 7 (Dolor crónico, Comeche Moreno y Vallejo Pareja), pág. 523.

EN EL ATLAS

Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes factores de la relación terapéutica ha demostrado encontrarse dentro de la categoría de mayor nivel de eficacia?:

1 El uso de autorrevelaciones.

2 La promoción de la credibilidad del tratamiento.

3 El manejo de la contratransferencia.

4 La obtención y uso de feedback. ✓

La obtención y uso de feedback es un elemento eficaz de la relación terapéutica

La tabla 2.3 de Fonseca recoge los **elementos de la relación terapéutica** y los métodos de adaptación según su nivel de eficacia, a partir de los trabajos de Norcross y Lambert (2019) y Norcross y Wampold (2019). En el nivel eficaz están la alianza, la colaboración, el consenso en las metas, la cohesión grupal, la consideración positiva y la **obtención y uso de feedback**. **Promover la credibilidad del tratamiento** y el **manejo de la contratransferencia** son probablemente eficaces, y las **autorrevelaciones** tienen resultados prometedores, pero falta más investigación. El manual añade que el feedback de resultados goza de apoyo empírico obtenido en varios ECA.

1 Las autorrevelaciones están en el nivel de resultados prometedores, pero falta más investigación.

2 Promover la credibilidad del tratamiento es un elemento probablemente eficaz.

3 El manejo de la contratransferencia también es probablemente eficaz.

4 Es el único de los cuatro que la tabla sitúa en el nivel eficaz. La tabla 7.1 de Gimeno coincide: recoger y utilizar feedback del consultante es eficaz.

TABLA 2.3. ELEMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y MÉTODOS DE ADAPTACIÓN

Nivel de eficacia	Elementos de la relación	Métodos de adaptación
Eficaz	Alianza (con adultos). Alianza (niños y adolescentes). Alianza en terapia de pareja y familiar. Colaboración. Consenso en las metas. Cohesión (terapia grupal). Consideración positiva y afirmación. Obtención y uso de feedback.	Cultura (raza/etnia). Religión/espiritualidad. Preferencias del paciente.
Probablemente eficaz	Congruencia/autenticidad. Relación real. Expresión emocional. Cultivar expectativas de resultado positivas. Promover la credibilidad del tratamiento. Manejo de la contratransferencia. Reparar rupturas en la alianza.	Nivel de reactancia. Estadios de cambio. Estilo de afrontamiento.
Resultados prometedores, pero falta más investigación	Autorrevelaciones. Inmediatez.	Estilo de apego.
Importante, pero todavía sin investigar	—	Orientación sexual. Identidad de género.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 2, tabla 2.3, pág. 77

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, págs. 76-77 y tabla 2.3. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, tabla 7.1, pág. 113.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 88, PIR 2025 · n.º 79

191

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la variable que mejor predice el resultado de una terapia psicológica (p. ej., Norcross y Lambert, 2019)?:

1. Las características del paciente. ✓
2. Las técnicas específicas empleadas.
3. El modelo teórico del psicólogo.
4. Los factores comunes.

Las características del paciente son lo que mejor predice el resultado de la psicoterapia

Fonseca señala que hay pruebas sólidas de que las variables que mejor predicen el **éxito psicoterapéutico** residen en el **consultante**. Lambert (1992) atribuía un **40 %** de la varianza del resultado a **factores extraterapéuticos**, entre ellos el cliente y su historia, frente al 30 % de los factores comunes y el 15 % de las técnicas y del efecto placebo. Wampold (2001) estimó que todos los factores psicoterapéuticos juntos explican alrededor del 13 % y que la mayor parte del resto se relaciona con variables del cliente. **Norcross y Lambert (2019)** dejan un 40 % sin explicar y reparten el resto en un 30 % para el cliente y otro 30 % para los demás factores combinados.

1. Es la conclusión del capítulo: el peso del consultante supera al de cualquier otro factor.
2. Las técnicas específicas explican solo un 15 % del resultado en la estimación de Lambert (1992).
3. El modelo teórico del psicólogo forma parte de los factores del tratamiento, que según Wampold (2001) suman en conjunto alrededor del 13 %.
4. Los factores comunes se quedan en un 30 % en la estimación de Lambert, por debajo del 40 % de los factores extraterapéuticos.

Ojo. La opción 4 es la más tentadora porque los factores comunes pesan más que las técnicas. Aun así, Fonseca sitúa por delante las variables del consultante, y Norcross y Lambert (2019) les asignan por sí solas el mismo 30 % que al resto de factores combinados. Las cifras de Norcross y Lambert (2019) cambian entre manuales. Gimeno (figura 1.1) da un 35 % de varianza no explicada, un 30 % a la aportación del paciente, un 15 % a la relación terapéutica, un 10 % al método de tratamiento, un 7 % a los factores individuales del terapeuta y un 3 % a otros factores. En los dos manuales la aportación del paciente es el factor de mayor peso.

Para fijarlo. Lo que más pesa en terapia es quién entra por la puerta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 89. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 1, figura 1.1, pág. 41.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 113, PIR 2024 · n.º 86

192

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones, relativas a la investigación en psicoterapia sobre la alianza terapéutica, es FALSA?:

1. La solidez de la alianza predice los resultados de la psicoterapia.
2. La relación entre alianza y resultados se produce en cualquier tipo de terapia estudiada.
3. La percepción de la calidad de la alianza por el terapeuta predice mejor el éxito o el fracaso de la terapia que la percepción del paciente. ✓
4. La reparación de rupturas en la alianza favorece la relación terapéutica.

La alianza predice mejor el resultado cuando la valora el paciente

Rodríguez Morejón resume la investigación sobre la **alianza terapéutica**. Que su **solidez determina los resultados** es un dato bien establecido; el metaanálisis de Horvath et al. (2011) halla una relación pequeña o moderada, pero consistente (r = .275). Esa relación aparece **independientemente del tipo de terapia** (Horvath y Bedi, 2002) y de quién evalúe la alianza, el terapeuta o el cliente, aunque **las correlaciones son mayores cuando contestan los usuarios** (Martin, Garske y Davis, 2000). Entre los aspectos que se relacionan con el éxito incluye **reparar las rupturas** de la alianza, abordando abiertamente con el usuario los problemas de relación que surjan.

1. Es verdadera: la solidez de la alianza determina los resultados, como se ha establecido en la investigación.
2. Es verdadera: la relación se produce independientemente del tipo de terapia.
3. Es la falsa, porque las correlaciones son mayores cuando quienes valoran la alianza son los usuarios. Gimeno lo recoge entre las recomendaciones de Flückiger et al. (2018): la percepción del consultante está más relacionada con los resultados que la que hace el profesional.
4. Es verdadera: trabajar para reparar las rupturas de la alianza se relaciona con el éxito.

> **Trampa.** Pregunta en formato FALSA: tres opciones resumen bien la investigación y la cuarta invierte quién predice mejor, el paciente o el terapeuta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 33, págs. 548-549.
Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.2, págs. 115-116.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación) y Gimeno (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 103

193 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F9 · Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes técnicas es característica de la terapia centrada en soluciones (Shazor y colaboradores)?:

1 Desesperanza creativa.

2 Tarea del tigre.

3 Técnica de la rejilla.

4 Búsqueda de excepciones. ✓

La búsqueda de excepciones es una técnica de la terapia centrada en soluciones

La **terapia centrada en soluciones** (TCS) de **Steve de Shazer** e Insoo Kim Berg nace a finales de los ochenta en Milwaukee, a partir del modelo del MRI. Una de sus técnicas es la **búsqueda de avances o excepciones**. Lo habitual es que el problema se produzca en la mayoría de las situaciones, y las excepciones son los momentos en que las cosas funcionan bien, como los ratos de mayor alegría de la persona deprimida o las buenas conversaciones de una pareja en conflicto. La máxima de la TCS es que en esos momentos de mejoría excepcional puede encontrarse el camino hacia soluciones estables. Los distractores pertenecen a la **ACT**, a la **terapia metacognitiva** y a la teoría de los constructos personales de **Kelly**.

1 La desesperanza creativa es la experiencia que la ACT busca provocar al hacer a la persona consciente de la inutilidad de sus intentos de solución.

2 La tarea del tigre es un ejercicio de la terapia metacognitiva de Wells para experimentar el mindfulness desapegado.

3 La técnica de la rejilla es el procedimiento de Kelly para hacer un mapa de los constructos personales.

4 Es la técnica de la TCS que busca los momentos en que el problema no aparece.

Para fijarlo. Si el problema no ocurre siempre, la solución ya está en algún sitio: en las excepciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 28, págs. 463 y 470; cap. 21, pág. 376, y cap. 18, pág. 325. Wells, A. (2020). Terapia metacognitiva para la ansiedad y la depresión. Desclée De Brouwer. Pág. 122.

EN EL ATLAS: Tema F9 · Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 119

194

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 3

En el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales para adultos (Barlow y colaboradores), ¿qué variables se deben evaluar al realizar los ejercicios de exposición a las sensaciones físicas?:

1 Nivel de ansiedad y evitación.

2 Grado de dificultad y aversión.

3 Grado de malestar y similitud. ✓

4 Nivel de dominio y agrado.

En el protocolo unificado se valora el malestar y la similitud de cada ejercicio de exposición interoceptiva

El módulo 6 del **protocolo unificado** de Barlow, «Comprendiendo y afrontando las sensaciones físicas», enseña a identificar las sensaciones asociadas a las emociones intensas y a tolerarlas mediante **ejercicios de exposición interoceptiva**, como correr sobre el mismo lugar, hiperventilar o respirar por una pajita de caño fino. Penadés indica que hay que cerciorarse de que cada ejercicio provoca la sensación física de manera parecida a la natural, con una **similitud de 0 a 10**, y de que provoca **malestar**, también de 0 a 10, porque si no se cumplen esas dos condiciones el ejercicio no sirve. Si el malestar es bajo, se revisa la similitud o se combinan ejercicios para aumentar **similitud y malestar**.

1. La ansiedad y la evitación no son las dos medidas que el manual pide registrar en estos ejercicios.
2. Tampoco lo son la dificultad y la aversión.
3. Son las dos condiciones que debe cumplir el ejercicio, cada una puntuada de 0 a 10.
4. El dominio y el agrado no forman parte de la valoración de la exposición interoceptiva.

Ojo. La pregunta se basa en el manual del terapeuta del protocolo unificado (Barlow et al.), que no está en el corpus. Penadés recoge las dos valoraciones de la clave, similitud y malestar, puntuadas de 0 a 10. La Base del tema, Fonseca Adultos (cap. 6, tabla 6.1, pág. 207), describe los objetivos y ejercicios del módulo 6 (inducción de sensaciones físicas desagradables y exposición interoceptiva), pero no las valoraciones de cada ejercicio.

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. 31, págs. 747 y 754-755. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 207.

EN EL ATLAS Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 129

Respuesta correcta: 4

En la terapia dialéctica-conductual las habilidades de tolerancia al malestar se dividen en habilidades de supervivencia a las crisis y:

1 Habilidades de atención plena.

2 Habilidades de regulación emocional.

3 Habilidades de eficacia interpersonal.

4 Habilidades de aceptación de la realidad. ✓

La tolerancia al malestar de la TDC combina supervivencia a las crisis y aceptación de la realidad

El entrenamiento en habilidades de la **terapia dialéctico-conductual** tiene cuatro módulos: mindfulness, regulación emocional, **tolerancia al malestar** y efectividad interpersonal. Penadés explica que el módulo de tolerancia al malestar fomenta habilidades de aceptación, percibiendo el entorno sin exigir que sea distinto, porque las emociones desagradables no pueden eliminarse y tolerarlas es necesario para poder cambiar. Sus habilidades se agrupan en **estrategias de supervivencia a las crisis**, como la distracción, la autotranquilización o las habilidades TIP, y en **estrategias de aceptación de la realidad**, como la aceptación radical, la media sonrisa o las manos dispuestas.

1 La atención plena o mindfulness es otro de los cuatro módulos de habilidades de la TDC.

2 La regulación emocional es también un módulo propio.

3 La efectividad interpersonal es el cuarto módulo.

4 Son el segundo bloque del módulo, junto a la supervivencia a las crisis.

Ojo. La Base del tema, Díaz y Ruiz (cap. 11, pág. 577), describe las habilidades de tolerancia del malestar con cuatro tipos de estrategias (distracción, acceso a estímulos positivos, mejorar el momento y analizar las ventajas e inconvenientes de la situación) y no recoge la división en supervivencia a las crisis y aceptación de la realidad. Esa división está en Penadés y en Díaz-Garrido.

Para fijarlo. Tolerar el malestar es sobrevivir a la crisis hoy y aceptar mañana lo que no se puede cambiar.

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. 24, págs. 593-594. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 9, págs. 190-192. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, pág. 577.

EN EL ATLAS: Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Penadés (Consulta) y Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 98

196

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

El concepto de difusión de identidad, dentro de los trastornos de personalidad, ha sido ampliamente desarrollado por:

1 Marsha Linehan.

2 Peter Fonagy.

3 Otto Kernberg. ✓

4 Heinz Kohut.

La difusión de identidad es un concepto central de Kernberg

Otto Kernberg propuso el concepto de **organización borderline o límite** de la personalidad. Para él, el contacto con la realidad separa a los sujetos límite de los psicóticos, y la **difusión de identidad** separa a los neuróticos de los límites. En la psicoterapia focalizada en la transferencia, la evaluación de la identidad busca esa difusión: el uso masivo de **mecanismos de defensa arcaicos** impide representar al self y al otro de forma integrada y favorece una **identidad escindida**, que no permite ver a la vez los aspectos positivos y negativos. Por eso las descripciones que estas personas hacen de sí mismas y de los demás suelen ser pobres, planas y sin matices.

1 Linehan fundamenta la terapia dialéctico-conductual en la teoría biosocial, que sitúa el problema central del TLP en la desregulación emocional.

2 Fonagy, con Bateman, destaca el papel de la teoría de la mente y del apego en los sujetos límite, y de ahí surge la terapia basada en la mentalización.

3 Es el autor de la organización límite de la personalidad, en la que la difusión de identidad es un criterio central. Penadés también le atribuye el concepto de organización limítrofe (Kernberg, 1967).

4 Kohut propuso una vía de desarrollo propia del narcisismo y de construcción del self, y entendió la patología límite más como deficiencia que como conflicto.

Para fijarlo. Kernberg: con la realidad conservada y la identidad difusa, el paciente está en la zona límite.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 13 (Aproximación psicodinámica, González Torres y Valenciano Martínez), pág. 261, y cap. 14 (Psicoterapia focalizada en la transferencia), pág. 273. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, pág. 572. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24, pág. 583.

EN EL ATLAS

Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Díaz-Garrido no es fuente de este tema. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 128

197 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 4

La terapia dialéctica-conductual para el trastorno límite de la personalidad (TLP) se basa en las siguientes teorías explicativas del TLP (Linehan, 1993):

1. La teoría del marco relacional y la teoría dialéctica.
2. La teoría del apego y la modificación de conducta.
3. La teoría de la mente y la teoría dialéctica.
4. La teoría dialéctica y la teoría biosocial. ✓

La TDC se apoya en la teoría biosocial del TLP y en una perspectiva dialéctica

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que el marco teórico de la **terapia dialéctico-conductual** se basa en la **teoría biosocial** del trastorno límite: el TLP resulta de las transacciones entre la **vulnerabilidad emocional** de la persona y un **entorno invalidante**, y su problema principal es la desregulación emocional. El propio nombre de la terapia remite a la **perspectiva dialéctica**, que entiende la realidad como una totalidad interrelacionada, en la que de la oposición de tesis y antítesis surge una síntesis, y en la que lo fundamental es el cambio. Linehan la considera esencial para entender el TLP, porque el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas de este trastorno son fracasos dialécticos.

1. El manual presenta la ACT como la terapia basada en la teoría de los marcos relacionales. De las dos teorías de la opción, solo la dialéctica fundamenta la TDC.
2. La teoría del apego, junto con la teoría de la mente, está en el origen de la terapia basada en la mentalización.
3. La teoría de la mente pertenece también al fundamento de la terapia basada en la mentalización.
4. Son las dos teorías en las que Linehan apoya la TDC.

Para fijarlo. Biosocial explica de dónde viene el TLP; dialéctica, cómo se trabaja con él: aceptar y cambiar a la vez.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 556, 558 y 570-572. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 13, pág. 261.

EN EL ATLAS: Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

198

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad · Anulada

Anulada

Según la terapia basada en la mentalización (Fonagy y cols.), señale en qué estado prementalizador se encontraría un paciente que hiciera la siguiente afirmación en consulta: “mi hermana ayer se enfadó conmigo, eso es que le iba a venir la regla, ya sabes... las hormonas”:

1. Equivalencia psíquica.
2. Modo teleológico.
3. Modo simulado.
4. Modo pseudoreflexivo.

La viñeta de la hermana enfadada no encaja en un único modo prementalizador, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. En la **terapia basada en la mentalización**, cuando se pierde la capacidad de mentalizar reaparecen tres **modos prementalizadores**: la **equivalencia psíquica**, en la que lo que uno piensa se vive como la realidad sin perspectiva alternativa; el **modo teleológico**, que entiende las acciones en términos de lo físico y solo reconoce los estados mentales si sus resultados son observables; y el **modo simulado**, con un discurso de supuestos estados mentales desconectado de la emoción, en el que la persona puede hipermentalizar o pseudomentalizar. La frase del enunciado tiene rasgos de más de uno, como la certeza de «eso es que», la explicación física por las hormonas y una teoría sobre la mente de la hermana sin conexión emocional.

1. La equivalencia psíquica encaja con la seguridad con la que el paciente da su explicación como si fuera la realidad.
2. El modo teleológico encaja con que el enfado se explique por algo físico, las hormonas, en lugar de por lo que la hermana pudiera sentir o pensar.
3. El modo simulado encaja con una explicación sobre la mente del otro que suena a teoría y está desconectada de la emoción.
4. El manual no recoge un «modo pseudorreflexivo»; habla de pseudomentalizar como una forma de funcionar en el modo simulado.

Ojo. El corpus define los tres modos con ejemplos propios, pero ninguno coincide con la viñeta del enunciado, que admite más de una lectura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 16 (Tratamiento basado en la mentalización), págs. 310-311.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 114, PIR 2023 · n.º 140, PIR 2025 · n.º 161

199

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

El modelo específico utilizado por la terapia cognitivo analítica para el tratamiento de los trastornos de la personalidad se conoce como:

1. Modelo dialógico del self.
2. Modelo de estados múltiples del self. ✓
3. Teoría cognitiva del self.
4. Modelo del procedimiento secuenciado.

La psicoterapia cognitivo-analítica entiende los trastornos de la personalidad con el modelo de estados múltiples del self

Mirapeix y colaboradores explican que la **psicoterapia cognitivo-analítica** (PCA) de Ryle pertenece a la tradición que considera el self formado por **múltiples estados** mentales y no como un yo único. Cada estado funciona como una «voz» interiorizada de los cuidadores y de la cultura, y el self sería «una confederación de estados en lugar de una sola nación» (Ryle y Kerr, 2002). Este **modelo de los múltiples estados**, desarrollado inicialmente para comprender el **TLP**, se aplica a cualquier personalidad disfuncional, que se explica por patrones rígidos de roles recíprocos, disociación parcial de estados del self y alteración de la autorreflexión. El **modelo del procedimiento secuenciado** es anterior y describe cómo se organiza cualquier conducta dirigida a fines.

1. El componente dialógico del self procede de Bakhtin, que defiende que la conciencia humana se construye a través del diálogo abierto. La PCA lo integra en su concepto de self, pero el modelo con el que explica los trastornos de la personalidad es el de los múltiples estados.
2. Es el modelo que la PCA desarrolló para el TLP y aplica a los trastornos de la personalidad.
3. «Teoría cognitiva del self» no es el nombre de ningún modelo de la PCA en el manual.
4. El modelo del procedimiento secuenciado es la base teórica general de la PCA, ampliada después como procedimiento secuenciado de relaciones objetales.

Ojo. El modelo del procedimiento secuenciado y el self dialógico también pertenecen a la PCA; la clave se refiere al modelo específico para los trastornos de la personalidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 15 (Psicoterapia cognitivo-analítica, Mirapeix Costas et al.), págs. 284 y 287-288. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 31, pág. 502.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

200

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Señale qué dimensiones son evaluadas cuando se realiza el "perfil mentalizador" de un paciente con un trastorno de personalidad desde la terapia basada en la mentalización (Fonagy y Bateman, 2016):

1. Automática versus controlada y cognitiva versus afectiva.
2. Automática versus controlada; otro versus uno mismo y cognitiva versus afectiva.
3. Automática versus controlada; otro versus uno mismo; interna versus externa y cognitiva versus afectiva. ✓
4. Automática versus controlada; otro versus uno mismo; interna versus externa; cognitiva versus afectiva y social versus individual.

La mentalización se describe en cuatro dimensiones o polaridades

La terapia basada en la mentalización parte de que la mentalización tiene una naturaleza multidimensional. Desde la neurociencia se han identificado **cuatro dimensiones** o polaridades (Lieberman, 2007): **automática frente a controlada** (o implícita frente a explícita), **uno mismo frente a los demás**, **cognitiva frente a afectiva** e **interna frente a externa**, según se infieran los estados mentales del otro por señales externas, como las expresiones faciales, o por lo que imaginamos de su estado interno. La mentalización es efectiva si la persona mantiene equilibrio y flexibilidad en las cuatro, y los distintos trastornos pueden distinguirse por las combinaciones en las que se quedan estancados.

1. Faltan dos dimensiones, uno mismo frente a los demás e interna frente a externa.
2. Falta la dimensión interna frente a externa.
3. Son las cuatro dimensiones que recoge el manual.
4. Añade una dimensión social frente a individual que el modelo no incluye.

LAS DIMENSIONES DE LA MENTALIZACIÓN (LIEBERMAN, 2007)

Dimensión	Qué distingue
La mentalización automática vs. controlada	O mentalización implícita vs. explícita. La mayor parte de las veces en las que mentalizamos, lo hacemos de forma automática o implícita, es decir, un proceso que se da a nivel preconsciente, sin que haya un control consciente del proceso de pensamiento.
Mentalización de uno mismo vs. de los demás	Una mentalización efectiva requiera de una flexibilidad entre la capacidad de poder mantener una competencia de introspección y la capacidad empática de acercarnos con curiosidad genuina y desde una posición de no saber a tratar de comprender los estados emocionales e intencionales del otro.
Mentalización cognitiva vs. afectiva	Mentalizar lo que tanto nosotros como la otra persona podemos estar pensando, o bien mentalizar lo que podemos estar sintiendo.
Mentalización de las características internas vs. externas	La posibilidad de inferir los estados mentales del otro con base en señales externas, tales como expresiones faciales. En otro polo está la capacidad de pensar sobre lo que le esté sucediendo a la otra persona con base en lo que imaginamos sobre su estado emocional o intencional interno.

Fuente: Díaz-Garrido et al. (2024), vol. II, cap. 16, págs. 309-310

Trampa. Las opciones van sumando dimensiones una a una; la quinta, social frente a individual, es inventada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 16 (Tratamiento basado en la mentalización), págs. 309-310.

EN EL ATLAS Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 114, PIR 2025 · n.º 161

201

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

La terapia focalizada en la transferencia define la organización borderline de la personalidad con los siguientes elementos:

1. Defensas primitivas, prueba de realidad mantenida y sólida identidad.
2. Defensas primitivas, fallo en la prueba de realidad y difusión de identidad.
3. Defensas evolucionadas, prueba de realidad mantenida y sólida identidad.
4. Defensas primitivas, prueba de realidad mantenida y difusión de identidad. ✓

La organización límite combina defensas primitivas, juicio de realidad preservado y difusión de identidad

La **psicoterapia focalizada en la transferencia** de Kernberg evalúa tres aspectos en la organización límite de la personalidad. El primero son los **mecanismos de defensa**, en los que predominan los primitivos o arcaicos, como la proyección, la negación, la escisión o la identificación proyectiva. El segundo es el **juicio de realidad**; estas personas mantienen el contacto con la realidad, aunque en situaciones puntuales y muy intensas puedan perderlo. El tercero es la **identidad**, con una representación del self escindida y **difusión de identidad**. De ahí los criterios clínicos del diagnóstico: mecanismos defensivos arcaicos con gran presencia de la escisión, difusión de identidad y **juicio de realidad preservado**.

1. La identidad no es sólida; la organización límite se caracteriza por la difusión de identidad.
2. El juicio de realidad está preservado. Para Kernberg, el contacto con la realidad es lo que separa a los sujetos límite de los psicóticos.
3. Las defensas son primitivas y la identidad, difusa.
4. Son los tres criterios clínicos de la organización límite.

CRITERIOS CLÍNICOS DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Aspecto	En la organización límite
Mecanismos de defensa	Utilización de mecanismos defensivos arcaicos con alta frecuencia e intensidad, con gran presencia de la escisión
Identidad	Representación del self escindida y con difusión de identidad
Juicio de realidad	Juicio de realidad preservado

Fuente: Díaz-Garrido et al. (2024), vol. II, cap. 14, págs. 272-273

Ojo. El manual matiza que el contacto con la realidad puede perderse en situaciones puntuales y afectivamente muy intensas. Por eso la opción 2 pudo parecer defendible, pero la clave sigue el criterio de juicio de realidad preservado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14 (Psicoterapia focalizada en la transferencia), págs. 272-273, y cap. 13, pág. 261.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 128, PIR 2024 · n.º 97

202

PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes opciones NO recoge un componente del constructo “Autoritarismo de derechas” propuesto por Altemeyer?:

1 Convencionalismo.

2 Agresión autoritaria.

3 Sumisión autoritaria.

4 Liderazgo autoritario. ✓

El autoritarismo de derechas de Altemeyer reúne sumisión, agresión y convencionalismo

Lois, Huici y Gómez-Berrocal recogen el **autoritarismo de derechas** de **Altemeyer** como una versión del enfoque de las diferencias individuales en las relaciones intergrupales. Supone que las personas difieren en su tendencia a **plegarse a los dictados de la autoridad**: los autoritarios creen firmemente en ella, **acatan las normas** que la autoridad respalda y **se oponen a quienes la autoridad ataca**. Las bases de esta estructura de personalidad responden más a la teoría del aprendizaje social que a la psicoanalítica, y se desarrollarían en la adolescencia a partir del aprendizaje anterior de la **obediencia, el convencionalismo y la agresión** (Altemeyer, 1998). El liderazgo no forma parte del constructo.

1 El convencionalismo, acatar las normas que respalda la autoridad, es uno de sus componentes.

2 La agresión autoritaria, oponerse a aquellos a los que la autoridad ataca, también lo es.

3 La sumisión autoritaria, plegarse a los dictados de la autoridad, es el núcleo del constructo.

4 El liderazgo autoritario no figura entre los componentes.

Ojo. En la copia del corpus de Hogg y Vaughan falta la página del apartado «Autoritarismo de derechas» (cap. 10). La respuesta se apoya en Molero.

Para fijarlo. El autoritario de Altemeyer obedece, se ajusta a la norma y ataca a quien la autoridad señala; no aspira a mandar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 9 (Relaciones intergrupales, Lois, Huici y Gómez-Berrocal), págs. 280-281.

EN EL ATLAS

Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Molero (Ampliación).

203

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 1

De las siguientes afirmaciones respecto a la terapia metacognitiva de Wells, señale la INCORRECTA:

1. Es el contenido específico del pensamiento el que perpetúa el trastorno mental. ✓
2. Considera que el distanciamiento del pensamiento no implica aceptación y eliminación del juicio.
3. Amplía el foco de las terapias cognitivas a la forma en que los individuos piensan.
4. Combina técnicas de reestructuración cognitiva, experimentos conductuales y entrenamiento atencional.

Para la terapia metacognitiva, el trastorno se perpetúa por el síndrome cognitivo atencional

La **terapia metacognitiva** (TMC) de Wells amplía el foco de las terapias cognitivas desde lo que las personas piensan a **cómo piensan** y cómo se relacionan con sus contenidos y procesos mentales. Su asunción básica es que **no es el contenido específico del pensamiento** lo que perpetúa un trastorno, sino un proceso reiterativo de pensamiento, conducta y atención, el **síndrome cognitivo atencional**. Aunque se apoya en el distanciamiento del pensamiento, se diferencia de otras terapias de tercera generación porque ese distanciamiento no implica necesariamente aceptación ni eliminación del juicio, sino tomar conciencia del pensamiento para examinar su valor. Rodríguez Morejón añade que en la intervención se mezclan técnicas cognitivas clásicas, como la reestructuración cognitiva o los experimentos conductuales, con técnicas basadas en el mindfulness y el **entrenamiento atencional**.

1. Es la afirmación falsa, porque la TMC sostiene lo contrario: el contenido no es lo que perpetúa el trastorno.
2. Es verdadera: en la TMC el distanciamiento no implica necesariamente aceptación ni eliminación del juicio.
3. Es verdadera: la TMC lleva el foco a la forma en que los individuos piensan.
4. Es verdadera: en la intervención se mezclan técnicas cognitivas clásicas con mindfulness y entrenamiento atencional.

Trampa. Pregunta en formato INCORRECTA: la opción falsa dice lo que la TMC rechaza, que el contenido del pensamiento sea el problema.

Para fijarlo. Wells mira cómo se piensa más que qué se piensa: preocuparse y rumiar mantienen el trastorno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 582-583. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 23, pág. 394.

EN EL ATLAS

Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Rodríguez Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 123, PIR 2025 · n.º 141

204 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 2

En la técnica de programación de actividades para el tratamiento de la depresión de la terapia cognitiva (A. T. Beck), se le pide al paciente que registre:

1. La frecuencia de episodios de tristeza.
2. El grado de dominio y agrado. ✓
3. La duración de los episodios de tristeza.
4. El grado de creencia en los esquemas depresógenos.

En la programación de actividades el paciente puntúa el dominio y el agrado de cada tarea

Ruiz, Díaz y Villalobos presentan la **programación de actividades** como una de las estrategias más importantes de la **terapia cognitiva**. Terapeuta y paciente programan las actividades diarias con una jerarquía según su dificultad, de modo que el programa sea realista y el paciente obtenga pruebas de su capacidad. En la depresión sirve para poner a prueba la creencia de que no puede hacer nada y para sensibilizarle a sentimientos de bienestar. En cada tarea se le pide que evalúe en una escala numérica el **grado de dominio y agrado** que ha experimentado. En personas con ansiedad se registran el **grado de dominio** y el **nivel de ansiedad o malestar**.

1. La frecuencia de los episodios de tristeza no es lo que se registra en cada actividad.
2. Es lo que se pide valorar en cada tarea realizada.
3. La duración de los episodios de tristeza tampoco forma parte del registro de actividades.
4. El grado de creencia en los esquemas no forma parte del registro de actividades, que puntúa dominio y agrado.

> **Para fijarlo.** Cada actividad lleva dos notas: lo bien que la hice (dominio) y lo que la disfruté (agrado).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8 (Terapia cognitiva), pág. 404.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

205

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 2

¿Qué afirmación es correcta en relación con la afectación del sistema atencional?:

1. El síndrome de hemineglígencia por desconexión parietofrontal conserva la capacidad de atención sostenida (alerta tónica).
2. Las dificultades en atención ejecutiva en niños con autismo se han relacionado con el excesivo volumen de la región dorsolateral frontal. ✓
3. Las personas con trastorno de hiperactividad con déficit de atención no muestran afectación en la actividad de la corteza cingulada anterior.
4. La lesión bilateral de los lóbulos parietales (síndrome de Balint) se caracteriza por ataxia visual y óptica sin que se afecte la orientación atencional.

En el autismo, la región dorsolateral frontal presenta un volumen excesivo

Redolar repasa las alteraciones del sistema atencional. Los estudios de neuroimagen con **niños autistas** muestran un volumen excesivo de sustancia blanca y un incremento total del volumen cerebral, y los lóbulos frontales, en concreto la **región dorsolateral**, son los de mayor volumen, mientras que los occipitales tienen menos de lo habitual. Esas áreas son esenciales para funciones como la **atención ejecutiva**, la conducta social y el lenguaje, muy afectadas en el autismo. En cambio, la **hemineglígencia** se asocia a menudo con problemas de alerta tónica, el TDAH muestra hipoactivación de la corteza cingulada anterior y el **síndrome de Balint** altera la orientación atencional.

1. La hemineglígencia se asocia a menudo con problemas de alerta tónica, y el deterioro de la atención sostenida predice la persistencia del síndrome.
2. Es lo que muestran los estudios de neuroimagen con niños autistas.
3. En el TDAH se ha observado una hipoactivación de la corteza cingulada anterior, además de déficits en la corteza frontal derecha y en los ganglios basales.
4. El síndrome de Balint, por lesión parietal bilateral, altera gravemente la percepción visual y las habilidades de orientación atencional.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 15 (Atención), págs. 404-408.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 74

Respuesta correcta: 4

En la fobia a la sangre, inyecciones o daño:

1. Se aconseja la relajación ya que facilita la disminución de la presión sanguínea.
2. La mera exposición con prevención de respuesta es la mejor intervención.
3. La tensión aplicada es la intervención más adecuada ya que se enseña a relajar los grandes grupos musculares.
4. La técnica de tensión aplicada de Öst y Sterner se utiliza para controlar las respuestas de desmayo. ✓

La tensión aplicada de Öst y Sterner sirve para controlar el desmayo en la fobia a la sangre

Crespo explica que en la **fobia a sangre-inyecciones-daño**, por su patrón fisiológico particular, se añaden a la exposición ejercicios de tensión muscular que **elevan la tensión arterial** y reducen la probabilidad de **mareo y desmayo**. La **tensión aplicada** de **Öst y Sterner (1987)** tiene tres pasos: tensar grandes grupos musculares de 10 a 15 segundos y distender de 20 a 30, cinco veces; repetirlo cinco veces al día durante una semana; y practicar la exposición tensando ante cualquier indicio de caída de la presión. Se ha mostrado más eficaz que la exposición sola y es el **tratamiento de elección** cuando hay historia de desmayos. En estas fobias se desaconseja la relajación.

1. La relajación se desaconseja porque facilita la disminución de la presión sanguínea y puede favorecer el desmayo.
2. La tensión aplicada se ha mostrado más eficaz que la exposición sola en estos casos.
3. La tensión aplicada enseña a tensar los grandes grupos musculares, no a relajarlos.
4. Es su finalidad: manejar la sensación de mareo y desmayo propia de este tipo de fobia.

Trampa. La opción 3 nombra la técnica correcta, pero cambia su mecanismo: en lugar de tensar, relajar.

Para fijarlo. Si la sangre baja la tensión, el paciente aprende a subirla tensando los músculos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 5 (Fobias específicas, Crespo), págs. 169 y 189-190.

EN EL ATLAS
Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

207

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

¿Qué tratamiento psicológico que se utiliza en el trastorno bipolar se centra en regular sus rutinas diarias?:

1. Terapia de aceptación y compromiso.
2. Terapia centrada en la compasión.
3. Terapia interpersonal y del ritmo social. ✓
4. Terapia sistémica.

La terapia interpersonal y de ritmos sociales regula las rutinas diarias en el trastorno bipolar

La **terapia interpersonal y de ritmos sociales** (IPSRT) del grupo de Frank parte de que los cambios en el ritmo de vida causan inestabilidad en el estado de ánimo, la disfunción fundamental del trastorno bipolar. Su objetivo es mejorar los episodios afectivos **comprendiendo y estabilizando los ritmos biológicos y sociales**. Sus metas son crear y mantener **rutinas diarias** y ciclos estables de sueño-vigilia, reducir los estresores interpersonales y aprender hábitos que prevengan nuevos episodios. La tabla 10.6 resume su elemento básico como **terapia del ritmo social para regular las rutinas diarias** y enfatizar su vínculo con el estado de ánimo. Es una de las intervenciones con mayor respaldo en el trastorno bipolar.

1. La terapia de aceptación y compromiso no figura entre las intervenciones con apoyo empírico ni entre las nuevas formas de tratamiento que el capítulo recoge para el trastorno bipolar.
2. La terapia centrada en la compasión tampoco aparece entre ellas.
3. Es la terapia cuyo componente de ritmo social busca regular las rutinas diarias.
4. Las intervenciones familiares en el trastorno bipolar se centran en la psicoeducación, las habilidades de comunicación y la solución de problemas.

Para fijarlo. Ritmo estable, ánimo estable: la IPSRT ordena el reloj del paciente para proteger su humor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, págs. 335, 342, 343-344 y 346, y tabla 10.6.

EN EL ATLAS: Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 145

208

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

¿Qué afirmación es correcta con respecto a las fobias específicas?:

1. Suelen ser fenómenos transitorios.
2. La edad de inicio más frecuente es en la adolescencia entre los 12-16 años.
3. La edad de inicio más frecuente es en la infancia, entre los 7-11 años. ✓
4. Las fobias clínicamente relevantes suelen iniciarse en la primera edad adulta (18-25 años).

Las fobias específicas suelen empezar entre los 7 y los 11 años

El DSM-5 indica que la **fobia específica** generalmente se desarrolla en la **primera infancia**, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer **entre los 7 y los 11 años**, con una edad media de unos 10. Las que empiezan en la infancia y la adolescencia suelen tener altibajos, pero las que persisten en la edad adulta **rara vez remiten**. Belloch añade que, en contra de lo que se ha venido creyendo, los principales estudios epidemiológicos indican que las fobias **no son trastornos transitorios**.

1. Los estudios epidemiológicos indican que no son trastornos transitorios, y las que persisten en la edad adulta rara vez remiten.
2. La mayoría empieza antes de los 10 años, así que la adolescencia no es la edad de inicio más frecuente.
3. Es el intervalo que da el manual.
4. La mayoría se desarrolla en la infancia y la adolescencia, aunque pueden aparecer a cualquier edad, a menudo tras experiencias traumáticas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Fobia específica, pág. 200. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 38.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 180, PIR 2023 · n.º 122

209

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

¿Qué respuesta es correcta con relación al aprendizaje y la memoria?:

1. El lóbulo temporal medial y el hipocampo son las estructuras esenciales en el mantenimiento de contenidos en memoria a corto plazo.
2. Las regiones visuales primarias y la corteza parietal inferior son fundamentales para crear realidades que no han sido percibidas (falsos recuerdos).
3. El marcador molecular de la reconsolidación de la memoria es la disminución de la fosforilación de los receptores de glutamato GluR1. ✓
4. La conversión de memoria a corto plazo en memoria a largo plazo es un proceso de síntesis proteica sin cambios morfológicos.

La menor fosforilación de los receptores GluR1 es un marcador molecular de la reconsolidación

Redolar explica que, durante la **reconsolidación**, las memorias ya consolidadas vuelven a un estado inestable tras ser recuperadas y deben estabilizarse de nuevo. La extinción inmediata, pero no la demorada, después de inducir la reconsolidación reduce la tasa de disparo de forma insensible a la recuperación de las memorias. Ese proceso **reduce la fosforilación de los receptores de glutamato GluR1**, un **marcador molecular** de la reconsolidación, en la amígdala, siempre que la extinción se aplique inmediatamente después de la reactivación. El capítulo también describe los **falsos recuerdos**, que dependen de la corteza prefrontal, la parietal inferior y posterior y las regiones visuales secundarias, y los **cambios morfológicos** que acompañan a la potenciación a largo plazo.

1. El manual atribuye el mantenimiento a corto plazo al lóbulo temporal medial, dentro de una red frontoparietal, y no destaca el hipocampo en esta función.
2. Las regiones visuales primarias, junto con el lóbulo temporal medial, son fundamentales para los recuerdos verdaderos; los falsos dependen de regiones visuales secundarias y de la corteza prefrontal y parietal.
3. Es el marcador molecular de la reconsolidación que recoge el manual.
4. La síntesis proteica se asocia con el crecimiento o la modificación de los contactos sinápticos, y tras la potenciación a largo plazo se observa una secuencia de cambios morfológicos.

Ojo. La opción 1 es discutible con el propio manual: concluye que el lóbulo temporal medial se halla implicado principalmente en el mantenimiento de contenidos en memoria a corto plazo (pág. 449). Lo que falla es la mención al hipocampo, que el manual relaciona con la consolidación y no con ese mantenimiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 17 (Mecanismos sinápticos y moleculares del aprendizaje y la memoria), págs. 443, 447, 449-450, 454 y 456.

EN EL ATLAS

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

210

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

¿Con qué proceso están relacionados los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la exposición desde un punto de vista psicofisiológico?:

1. Con la habituación. ✓
2. Con la extinción.
3. Con la sensibilización.
4. Con la respuesta de orientación.

Desde el punto de vista psicofisiológico, la reducción del miedo en la exposición se explica por habituación

Díaz, Ruiz y Villalobos señalan que no existe un único modelo que explique la reducción del miedo durante la exposición. Los modelos conductuales clásicos hablan de procesos de **extinción y habituación**. La **habituación** es el mecanismo más citado: supone la familiarización con el estímulo fóbico, de modo que cada vez se responde menos a él. En la terapia de exposición se concibe en **términos psicofisiológicos**, como una **disminución de la reactividad autonómica**, y a veces en términos subjetivos. Podría explicar la respuesta a corto plazo y la disminución de la intensidad de las respuestas psicofisiológicas, aunque sus efectos subjetivos pueden ser contradictorios y la investigación experimental indica que no parece una condición necesaria.

1. Es el proceso que el manual define en términos psicofisiológicos, como disminución de la reactividad autonómica.
2. La extinción aparece en la teoría bifactorial de Mowrer: la exposición directa reduciría la evitación, lo que daría lugar a la extinción del miedo aprendido. El manual reserva la descripción en términos psicofisiológicos para la habituación.
3. La sensibilización es un aumento de la respuesta, lo contrario de la reducción del miedo.
4. El manual no presenta la respuesta de orientación como mecanismo de la exposición.

Ojo. El manual relativiza la habituación como mecanismo de la exposición y presenta a continuación el modelo de aprendizaje inhibitorio, que explica sus efectos mediante nuevas asociaciones inhibitorias que compiten con las de miedo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, págs. 205-207 y 210.

EN EL ATLAS
Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 87

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	69
A5	Percepción e Imaginación	110
A7	Pensamiento	31, 32, 34
A8	Lenguaje	22
A10	Regulación Emocional	23, 24, 71
B1	La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental	123
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	26, 60, 62, 143
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	48, 49, 50
B5	Trastornos del sueño-vigilia	67, 164
B6	Adicciones a sustancias	59, 68
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	138, 139
B11	Trastornos de ansiedad	41, 44, 45, 46, 47, 149, 208
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	28, 66
B14	TOC y trastornos relacionados	42, 43, 114, 185
B15	Trastornos depresivos	33, 35, 36, 37, 39, 119
B16	Trastornos bipolares	38, 40, 152
B17	Trastornos disociativos	63, 64, 65, 72
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	25, 73, 74, 76, 77
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	51, 52, 53, 70
B20	Trastornos de la personalidad	58, 142, 196
B22	Trastornos neurocognitivos	54, 55, 56, 57
B23	Introducción a los trastornos del neurodesarrollo	30
B25	Trastornos del aprendizaje	61
B26	Discapacidad intelectual	78
B28	Trastorno del espectro del autismo	29, 144
B32	Trastornos del vínculo	27
C3	Tratamientos transdiagnósticos	194
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	172, 173
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	166, 167, 168
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	169, 170
C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	141, 148
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	151, 206
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	177, 178, 179, 180
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	174, 175, 176
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	154, 155, 156, 157, 158

C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	207
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	75
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	150, 159, 160, 161, 162, 163, 165
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	140, 145, 198, 199, 200, 201
C24	Tratamientos de la discapacidad intelectual	146
C28	Tratamientos de los trastornos del lenguaje	147
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	96, 97
D9	Tabaco	171
D10	Dolor crónico y fibromialgia	189
E1	Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica	132
E2	El proceso de evaluación psicológica	124, 133
E4	La entrevista	115
E5	La observación sistemática	112, 121, 127
E6	Los autoinformes	122
E7	Las técnicas subjetivas	120, 135, 136
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	125, 137
E9	Las técnicas proyectivas	116, 131, 134
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	107, 113, 118, 126, 130
E11	Evaluación de la personalidad	117
F2	Factores comunes y relación terapéutica	186, 190, 191, 192
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	188
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	187
F9	Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional	193
F13	Técnicas de exposición y desensibilización sistemática	181, 182, 183, 210
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	204
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	184
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	195, 197
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	203
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	99, 101, 104, 128
H5	Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas	105
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	98, 103, 108, 109
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	100
H14	Motivación y personalidad	13, 102
H16	Personalidad y psicopatología	106
I3	Sensación y percepción	11
I6	Memoria	9, 12

I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	10, 14
I8	Lenguaje	8
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	16, 18
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	15
J6	Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas	17
J8	Desarrollo moral	21
J10	Adultez y vejez	19, 20
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	79
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	81
K6	Sistemas sensoriales	80
K7	Control motor	86
K9	Sueño y ritmos biológicos	82, 85
K12	Emoción y cognición social	87, 88
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	83, 209
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	205
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	84
K18	Psicofarmacología	153
L8	Encuesta y metodología observacional	111
L10	Estadística descriptiva de una variable	2
L12	Estadística descriptiva de tres o más variables	3
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	5, 6, 7
L18	Contraste de la relación entre variables	1
L19	Construcción del test y teoría clásica de los tests	129
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	4
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	91
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	92
M4	Influencia social y persuasión	95
M6	Procesos de grupo	93, 94
M7	Estereotipos y prejuicio	89, 90
M8	Relaciones intergrupales	202