ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2023

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 2023. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 3

En relación con los procesos de discriminación y generalización, ¿cuál es la respuesta correcta?:

1 Los estímulos discriminativos no están sujetos al proceso de generalización.

2 La generalización de un estímulo va aumentando a medida que el sujeto es expuesto a reforzamiento diferencial ante variaciones de dicho estímulo.

3 Que el hecho de generalizar o discriminar sea más adaptativo depende de las exigencias del ambiente. ✓

4 Cuanto mayor sea nuestra generalización, más fino será nuestro ajuste al medio.

Que convenga generalizar o discriminar depende de lo que pida el ambiente

Pellón presenta la **generalización** y la **discriminación** como los polos opuestos de un continuo de **control por el estímulo**: cuanto más generaliza un sujeto, menos discrimina, y a la inversa. El manual subraya que ninguno de los dos polos es mejor por sí mismo. Lo que resulta **más adaptativo** depende de las **exigencias del ambiente**, y lo ilustra con las treinta tonalidades de blanco, útiles para no pisar un oso polar en Groenlandia y poco útiles en Egipto. Sí añade que, en términos generales, cuanto mayor es la discriminación, más fino es el ajuste al medio.

1 El manual dice lo contrario. La generalización y la discriminación se producen con todos los estímulos que controlan la conducta, y los estímulos discriminativos, a pesar de su nombre, también están sujetos a la generalización.

2 Invierte el efecto. Según el manual, la generalización de un estímulo va descendiendo a medida que el sujeto recibe reforzamiento diferencial ante sus variaciones.

3 Es la idea con la que el manual resume la dicotomía. Ningún polo del continuo es más adaptativo por sí mismo, porque todo depende de las exigencias del ambiente.

4 Atribuye a la generalización lo que el manual dice de la discriminación. Cuanto mayor es la discriminación entre estímulos, más fino es el ajuste al medio, porque se responde de forma diferencial ante pequeñas variaciones del contexto.

Trampa. Las opciones 2 y 4 copian frases del manual con una palabra cambiada: «aumentando» en lugar de «descendiendo» y «generalización» en lugar de «discriminación».

Para fijarlo. Distinguir treinta tonos de blanco es útil en Groenlandia y superfluo en Egipto, así que es el ambiente quien decide si conviene generalizar o discriminar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 6, págs. 292 y 298.

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

2

PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 1

Cuando estamos enseñando a un niño pequeño a leer con un libro infantil con grandes dibujos y una frase breve en cada página, al niño le es más fácil aprender sobre los dibujos que sobre las palabras, ¿qué fenómeno de aprendizaje se está produciendo?:

1. Ensombrecimiento. ✓
2. Condicionamiento visual.
3. Generalización.
4. Equivalencia del estímulo.

Los dibujos ensombrecen a las palabras porque se aprenden con más facilidad

El enunciado reproduce el ejemplo con el que Domjan ilustra el **ensombrecimiento**. Que un estímulo llegue a controlar la conducta depende también de las otras señales presentes, porque la fuerza del aprendizaje sobre un estímulo depende de la **facilidad con que pueden condicionarse las demás**. El fenómeno muestra la **competencia entre estímulos** por acceder a los procesos de aprendizaje. Pavlov fue el primero en observarlo: si dos estímulos se presentan a la vez, el que es **más fácil de entrenar** obstaculiza el aprendizaje sobre el otro. Por eso el niño memoriza la historia por los dibujos y aprende muy poco sobre las palabras.

1. Es el mismo ejemplo del manual. Los dibujos, más fáciles de aprender, ensombrecen las palabras que se presentan al mismo tiempo.
2. El manual no recoge ningún fenómeno con ese nombre. Además, que el material sea visual no explica nada, porque las palabras escritas también lo son.
3. Se generaliza cuando las variaciones del estímulo que ha adquirido control sobre la conducta siguen manteniendo ese control. En el ejemplo no hay variaciones de un estímulo entrenado; lo que ocurre es que se aprende poco sobre uno de los dos estímulos que aparecen juntos.
4. El entrenamiento de equivalencia trata de igual modo a estímulos distintos, por ejemplo vinculándolos con un mismo evento, para que se respondan como si fueran similares. Fomenta la respuesta generalizada y no tiene relación con el ejemplo.

Ojo. Domjan trata el ensombrecimiento en el capítulo de control de la conducta por el estímulo, que el Atlas no asigna a ningún tema. Pellón lo estudia como fenómeno de competición de claves en el condicionamiento clásico (tema 3, pág. 124).

Para fijarlo. Cuando dos señales llegan juntas, la más fácil de aprender se queda con el protagonismo y deja a la otra en la sombra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 8, págs. 266-267 y 286. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 3, pág. 124; tema 6, pág. 292.

EN EL ATLAS

Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Domjan no es fuente de este tema. Se estudia con Pellón (Ampliación).

3

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 3

¿Qué explica el concepto de reactancia psicológica de Brehm?:

1 Explica por qué cumplimos las normas.

2 Hace referencia a por qué a veces tenemos sensación de falta de control.

3 Explica por qué a veces una persona hace lo opuesto a lo que se le pide. ✓

4 Alude a por qué la conducta está motivada por los miedos.

La reactancia empuja a hacer lo que se prohíbe para recuperar la libertad

Según la teoría de Brehm (1966), cuando se amenaza la **libertad** de una persona para llevar a cabo una conducta, aparece una **activación motivacional**, la **reactancia**, que la lleva a intentar restaurar su libertad de acción. Su intensidad depende de la expectativa de libertad, la fuerza de la amenaza, la importancia de la conducta, sus implicaciones para otras libertades y la legitimidad del agente. La forma más evidente de restaurarla es la **restauración directa**, hacer a pesar de todo la conducta amenazada. El ejemplo del manual es el del adolescente al que se le dice que no vaya con un amigo y pasa más tiempo con él, aunque sea a escondidas.

1 La reactancia explica lo contrario, la resistencia ante las restricciones. Uno de los ítems de la escala de Hong que recoge el manual dice que la existencia de reglas y normas dispara una tendencia a la resistencia.

2 El manual la estudia como una reacción ante la pérdida de control, un incremento de la acción para recuperarlo. No explica por qué aparece la sensación de falta de control. La reacción contraria, el decremento de la acción, corresponde a la indefensión aprendida.

3 La restauración directa consiste en llevar a cabo la conducta amenazada, es decir, hacer lo opuesto a lo que se pide.

4 La teoría habla de amenazas a la libertad de conducta. El miedo no aparece entre sus parámetros ni entre sus efectos.

Para fijarlo. Prohibir una conducta la vuelve más apetecible, como al adolescente que ve más al amigo que le han vetado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 364-368, 373 y 376.

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

4 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde con la Teoría del Marcador Somático de A. Damasio (1994)?:

1. El razonamiento no se ve influido por la información emocional.
2. El procesamiento de la emoción depende del procesamiento que se haga de la información somática. ✓
3. El procesamiento emocional depende, en la mayoría de las ocasiones, del hemisferio izquierdo.
4. El procesamiento emocional depende del procesamiento de estímulos llevado a cabo en la glándula pineal.

Para Damasio la emoción se apoya en las señales que llegan del cuerpo

Redolar resume la propuesta de Damasio en *El error de Descartes* (1994): la experiencia de la emoción es una creación del cerebro para **explicar las reacciones del cuerpo** ante una situación. Según la **hipótesis del marcador somático**, la emoción se comporta como un **marcador somático**, un cambio de tipo **vegetativo, muscular, neuroendocrino o neurofisiológico** que precede al componente cognitivo y puede influir en la toma de decisiones. Las emociones se relacionan así con la razón en tanto que pueden **ayudar en el proceso de razonamiento**, y a veces incluso sustituirlo, como el miedo que nos aleja de un peligro sin necesidad de razonar.

1. Damasio defiende lo contrario. Las emociones pueden acentuar la relevancia de una premisa e influir en el desenlace del razonamiento, y cuando se prescinde por completo de ellas, como en algunos estados neurológicos, la razón resulta todavía más defectiva.
2. Recoge la idea central de la hipótesis: la emoción depende de los cambios corporales que actúan como marcadores somáticos.
3. El manual describe una asimetría lateral en la que el hemisferio derecho tiene un papel más importante, tanto en el reconocimiento como en la expresión emocional, aunque el izquierdo también participa.
4. Entre las estructuras especializadas en el procesamiento emocional, Redolar destaca el hipotálamo, la amígdala, la corteza orbitofrontal lateral, la prefrontal ventromedial, la insular, la cingulada anterior y la prefrontal dorsolateral. La glándula pineal aparece en el control de los ritmos biológicos, donde segrega melatonina.

> **Para fijarlo.** Antes de que pienses que algo es peligroso, el cuerpo ya ha dejado su marca, y ese corazón acelerado es el marcador somático.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 24, págs. 645-646; cap. 25, pág. 649; cap. 27, pág. 736; cap. 23, pág. 605.

EN EL ATLAS: Tema K12 · Emoción y cognición social. Se estudia con Redolar 2014 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 62

5

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

Cuando recibimos una descarga eléctrica en un dedo tenemos una sensación desagradable. Si se aumenta la intensidad del estímulo eléctrico al doble, nuestra sensación es más que el doble de desagradable que antes. ¿Cómo se conoce este fenómeno según la Ley de Stevens?:

1 Fenómeno de líneas rectas.

2 Expansión de respuesta. ✓

3 Comprensión de la respuesta.

4 Este fenómeno no lo explica esta teoría.

Con las descargas eléctricas la sensación crece más deprisa que el estímulo

Goldstein y Cacciamani explican la **estimación de magnitudes** de Stevens con el mismo ejemplo del enunciado. La curva de la descarga eléctrica en un dedo se dobla hacia arriba, porque **multiplicar por dos la fuerza de la descarga** supone un incremento mayor que duplicar la magnitud percibida: pasar de 20 a 40 eleva la percepción de 6 a 49. Es la **expansión de la respuesta**. La **ley potencial de Stevens** (S = cE^k) la explica con un **exponente mayor que 1,0**, que para las descargas es de 3,5. El manual le da un sentido adaptativo, avisar de un peligro inminente y apartarnos incluso de descargas débiles.

1. El manual no usa ese nombre. Describe la estimación de la longitud de una línea como una recta con pendiente cercana a 1,0, en la que la magnitud de la respuesta prácticamente equivale al incremento del estímulo. No es el caso de la descarga.
2. Duplicar la intensidad de la descarga produce una sensación más que doble, que es la expansión de la respuesta.
3. Se refiere a la compresión de la respuesta, en la que el incremento de la magnitud percibida es inferior al incremento de la intensidad, como ocurre con la luminosidad. Va en sentido contrario al enunciado.
4. La ley potencial explica el fenómeno con su exponente: los exponentes mayores que 1,0 se asocian con la expansión de la respuesta.

TRES FUNCIONES POTENCIALES DE LA FIGURA B.1

Estímulo	Exponente	Qué ocurre
Luminosidad	De menos de 1,0	Compresión de la respuesta
Descarga eléctrica	3,5	Expansión de la respuesta
Longitud de una línea	Pendiente cercana a 1,0	La magnitud de la respuesta prácticamente equivale al incremento del estímulo

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

Ojo. La opción 3 del cuadernillo dice «Comprensión de la respuesta»; el término del manual es compresión.

Para fijarlo. La luz se comprime para no cegarte y el dolor se expande para que huyas a tiempo.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 11

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 1

Según la hipótesis planteada por Sapir-Whorf, señale la INCORRECTA:

1 El lenguaje no influye en los procesos cognitivos. ✓

2 Esta hipótesis plantea la relación entre pensamiento y lenguaje.

3 El lenguaje puede afectar a los procesos cognitivos.

4 La estructura de una lengua determina la visión del mundo de un hablante nativo.

La hipótesis de Sapir-Whorf afirma que la lengua moldea el pensamiento

Cuetos, González y De Vega presentan la **hipótesis de la relatividad lingüística**, o de Sapir-Whorf, como una propuesta sobre la **prioridad del lenguaje** que, en su formulación más radical, postula un verdadero **determinismo lingüístico** sobre la cognición humana. Su idea central es que las características de la **lengua materna** determinan la estructura de los procesos de pensamiento y afectan al modo en que recordamos, percibimos el mundo y actuamos sobre él. El ejemplo clásico de Whorf es el de los esquimales y sus muchas palabras para la nieve. Decir que el lenguaje no influye en los procesos cognitivos niega la hipótesis entera.

1 Contradice el núcleo de la hipótesis, que sostiene que la lengua determina la estructura del pensamiento.

2 La hipótesis aparece en el capítulo de lenguaje y pensamiento como la postura que da prioridad al lenguaje en esa relación.

3 Es la versión moderada de la hipótesis, la que parecía apoyar el trabajo de Carmichael et al., en el que las etiquetas verbales modificaban el recuerdo de estímulos visuales.

4 Es la formulación radical que recoge el manual: las características de la lengua materna determinan la estructura de los procesos de pensamiento.

Trampa. Se pide la INCORRECTA y tres opciones describen la hipótesis con distinta intensidad (relación, influencia posible y determinación). Solo la que la niega es falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Cuetos, F., González, J. y De Vega, M. (2018). Psicología del lenguaje (2.ª ed.). Panamericana. Cap. 4, págs. 92-94.

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

7 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

María, tras mudarse de piso, sigue pulsando en el ascensor la tecla del 3º (su anterior piso), cuando ahora vive en el 5º. ¿Qué fenómeno relacionado con la memoria explica esta situación?:

1 El número mágico.

2 Interferencia proactiva. ✓

3 Interferencia constructiva.

4 Interferencia retroactiva.

El piso antiguo se cuela en el recuerdo del nuevo por interferencia proactiva

María aprendió primero el 3.º y ese recuerdo antiguo se impone cuando tiene que recuperar el 5.º. Baddeley, Eysenck y Anderson definen la **interferencia proactiva** como la tendencia de los **recuerdos anteriores** a interrumpir la recuperación de los **más recientes**, y ponen ejemplos cotidianos como no recordar la contraseña nueva porque la antigua se entromete. En el paradigma de laboratorio se evalúa el recuerdo de la **segunda lista**, que empeora cuando antes se ha estudiado otra. Fernández-Abascal lo formula igual: la información aprendida en primer lugar inhibe el recuerdo de la adquirida después. La **interferencia retroactiva** es la situación inversa.

1 El número mágico alude a la amplitud de memoria inmediata, que Miller (1956) situó entre 5 y 9 elementos, con un promedio de 7. Habla de capacidad, no de olvido.

2 Lo aprendido antes, el piso antiguo, dificulta recuperar lo aprendido después, el piso nuevo.

3 Los manuales no recogen ningún tipo de interferencia con ese nombre.

4 En la interferencia retroactiva la información aprendida en segundo lugar interfiere con el recuerdo de la adquirida antes. Aquí ocurriría si María olvidara su antiguo piso por haberse aprendido el nuevo.

Para fijarlo. La proactiva actúa hacia delante, porque lo viejo estorba a lo nuevo; la retroactiva actúa hacia atrás, porque lo nuevo estorba a lo viejo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 286-290. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 5, págs. 157 y 184.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 2

8 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

Respecto a los heurísticos, señale la opción INCORRECTA:

1 Son estrategias generales que usamos para hacer predicciones.

2 Estos procesos de toma de decisiones se enmarcan dentro de los modelos normativos. ✓

3 Pueden realizarse a partir de cálculos de similitud o de recuperación de casos.

4 Dan lugar a errores o sesgos sistemáticos.

Los heurísticos se apartan de los modelos normativos del razonamiento probabilístico

González Labra define los **heurísticos** como reglas y estrategias **intuitivas**, aplicadas de forma deliberada o no, para producir una **estimación o una predicción**. Su evaluación es rápida y económica, pero se hace con frecuencia **al margen de la teoría de la probabilidad** y puede dar lugar a **sesgos** o falacias característicos de cada heurístico. El manual los presenta como alternativa a los complejos cálculos basados en **modelos normativos** como el teorema de Bayes, que son el patrón con el que se comparan. Por eso decir que los heurísticos se enmarcan en los modelos normativos es lo incorrecto.

1 Coincide con la definición del manual: estrategias intuitivas para producir una estimación o una predicción.

2 Los modelos normativos, como la teoría de la probabilidad y el teorema de Bayes, son la referencia de la que se desvían los heurísticos.

3 Los heurísticos de Tversky y Kahneman juzgan la probabilidad por el parecido con un modelo (representatividad) o por la facilidad con que vienen a la mente los ejemplos (accesibilidad).

4 Es una característica que el manual atribuye a todos ellos: pueden producir errores sistemáticos, también llamados sesgos o falacias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 6 (Razonamiento probabilístico), págs. 142-143 y 149.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 4

9 PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 2

Señala la INCORRECTA respecto a los procesos automáticos:

1 Conllevan bajo consumo de atención.

2 Se ponen en marcha sin necesidad de entrenamiento. ✓

3 No son causa de nuevos aprendizajes.

4 Producen baja interferencia con otros procesos concurrentes.

Los procesos automáticos se adquieren con la práctica

Fernández-Abascal recoge la distinción de Schneider y Shiffrin entre **procesamiento automático** y **controlado**, dos extremos de un continuo. Los procesos automáticos demandan **poca atención**, se ejecutan con poca conciencia y permiten hacer varias cosas a la vez. El manual insiste en que **son el resultado de un aprendizaje** bastante laborioso: empiezan siendo tareas que exigían atención controlada y, con la **práctica** y la repetición, pasan a ejecutarse de forma automática, como al dominar un instrumento musical. Por eso es falso que se pongan en marcha sin entrenamiento. Belloch lo formula de modo parecido, como resultado de un entrenamiento intensivo previo.

1. Es una de sus características: suponen un gasto atencional escaso y están relativamente libres de demandas atencionales.
2. Los automatismos se adquieren mediante aprendizaje. Son tareas que al principio requerían atención controlada y que se automatizan con la práctica.
3. El manual atribuye a los procesos controlados la producción de aprendizaje y el almacenamiento de información nueva en la memoria. Los automáticos son rutinas ya aprendidas, difíciles de modificar.
4. Como consumen pocos recursos, pueden actuar en paralelo con otros procesos, y por eso permiten hacer dos o más actividades a la vez.

CUADRO 2.1. DIFERENCIAS ENTRE PROCESOS AUTOMÁTICOS Y CONTROLADOS

Procesos automáticos	Procesos controlados
Suponen un gasto atencional escaso	Suponen un alto gasto de atención
No requieren esfuerzo consciente	Son conscientes
Se adquieren mediante aprendizaje	No son rutinas aprendidas
Son rápidos	Son más lentos
Una vez adquiridos son difíciles de modificar, no son fáciles de adaptar a situaciones novedosas	Son flexibles y abiertos al cambio, se adaptan a situaciones novedosas
Se realizan eficazmente en situaciones de activación elevada y disminución de recursos atencionales	Pierden eficacia en situaciones de activación elevada
Suponen economía cognitiva en tareas rutinarias	

Fuente: Fernández-Abascal et al. (2009), cap. 2, cuadro 2.1, pág. 73

Ojo. Belloch (vol. I, cap. 2, pág. 56) añade que las redes asociativas en que se apoyan los procesos automáticos pueden ser fruto de un entrenamiento intensivo previo «o, incluso, estar genéticamente determinadas». Aun así, la clave se sostiene, porque ningún manual los describe como procesos que no necesiten aprendizaje.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, págs. 70-73. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 56.

EN EL ATLAS: Tema I2 · Atención. Se estudia con Fernández-Abascal Procesos (Base).

10 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 2

Un investigador pasa una prueba de inteligencia a 305 participantes y obtiene que la inteligencia media de la muestra es de 107. El investigador quiere analizar la relación entre velocidad de procesamiento (definida como número de respuestas correctas) e inteligencia (alta y baja). ¿Qué tipo de coeficiente de correlación aplicará el investigador?:

1. Coeficiente de correlación parcial.
2. Coeficiente de correlación biserial. ✓
3. Coeficiente de correlación Phi.
4. Coeficiente de correlación Tetracórica.

Una variable continua y otra dicotomizada se relacionan con la correlación biserial

La velocidad de procesamiento, medida como número de respuestas correctas, es **cuantitativa**. La inteligencia se ha reducido a dos valores, alta y baja, aunque detrás hay un **continuo latente**, así que es una variable **dicotomizada** y no dicotómica por naturaleza. Suárez Falcón et al. lo dicen expresamente: si la variable, en lugar de ser dicotómica, es dicotomizada, el coeficiente que se debe utilizar es la **correlación biserial**. Muñiz añade que la biserial supone que bajo la dicotomización subyace una variable continua con distribución normal. Con una variable dicotómica de verdad, como el sexo, correspondería la biserial puntual.

1. La correlación parcial expresa la relación entre dos variables cuando se controla el efecto de terceras variables. Aquí no hay ninguna tercera variable que controlar.
2. Es el coeficiente para una variable cuantitativa y otra dicotomizada, con un continuo latente bajo las dos categorías.
3. El coeficiente phi se usa cuando las dos variables son dicotómicas. Aquí una de ellas es cuantitativa.
4. La correlación tetracórica es la adecuada cuando ambas variables están dicotomizadas y se asumen distribuidas normalmente. La velocidad de procesamiento no se ha dicotomizado.

Trampa. La media de 107 y los 305 participantes no sirven para nada. Lo que decide el coeficiente es el tipo de cada variable.

Para fijarlo. Si las dos categorías esconden un continuo, la variable está dicotomizada y el coeficiente lleva solo «biserial»; si son dos categorías naturales, como el sexo, añade «puntual».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 216. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 4, págs. 152-153. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 5, pág. 180.

EN EL ATLAS

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

11 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 1

La potencia estadística de un experimento es la probabilidad de que el estudio arroje un resultado significativo si la hipótesis de investigación es verdadera. Señale cuál es la respuesta CORRECTA respecto a los factores que influyen en la potencia estadística:

1. Cuando el tamaño del efecto (d) es grande y el desvío estándar poblacional (σ) es pequeño, aumenta la potencia. ✓
2. Cuando el tamaño de la muestra es pequeño y el desvío estándar poblacional (σ) es grande, aumenta la potencia.
3. Cuando el tamaño de la muestra (n) es grande y el nivel de significación (α) es alto, disminuye la potencia.
4. Cuando el tamaño del efecto (d) es grande y el desvío estándar poblacional (σ) es grande, aumenta la potencia.

La potencia crece con un efecto grande y una desviación típica pequeña

Pardo y San Martín explican que la **potencia** (1 – β) depende de tres factores: el valor de **α**, el **error típico** de la distribución muestral y la **distancia** entre el valor de la hipótesis nula y el verdadero valor del parámetro, que es lo que expresa el **tamaño del efecto**. Al disminuir σ o al aumentar n se reduce el error típico, baja la probabilidad de cometer errores Tipo II y aumenta la potencia. Y cuanto más se aleja el verdadero valor del parámetro del que plantea H0, más pequeña se hace β. Un efecto grande con una σ pequeña reúne las dos condiciones favorables.

1. Las dos condiciones aumentan la potencia: un efecto grande aleja las distribuciones de H0 y H1, y una σ pequeña reduce el error típico.
2. Las dos condiciones van en contra. Una muestra pequeña y una σ grande aumentan el error típico y, con él, la probabilidad de cometer un error Tipo II.
3. Las dos condiciones aumentan la potencia. Un n grande reduce el error típico, y α y β se relacionan de forma inversa, de modo que al subir α baja β.
4. El efecto grande favorece la potencia, pero una σ grande la reduce, porque aumenta el error típico.

Para fijarlo. Para que el contraste vea el efecto conviene que sea grande y que el ruido, la σ, sea pequeño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 1, págs. 31-33.

EN EL ATLAS: Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Pardo II (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 76

12 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 4

Una ventaja de utilizar la corrección de Bonferroni y el procedimiento HSD de Tukey y otras pruebas post hoc es que:

1. Incrementa la potencia estadística.
2. Disminuye la potencia estadística.
3. Disminuye la probabilidad de cometer un error Tipo II.
4. Disminuye la probabilidad de cometer un error Tipo I. ✓

Bonferroni y Tukey sirven para controlar el error Tipo I en las comparaciones múltiples

Cuando se hacen muchas comparaciones entre medias, la probabilidad de cometer algún **error Tipo I** aumenta con el número de contrastes. Balluerka y Vergara señalan que hay métodos, como la **corrección de Bonferroni** o prueba de Dunn, para solventar ese problema, y que las comparaciones **a posteriori**, entre ellas la de **Tukey**, persiguen mantener constante la probabilidad de cometer un error Tipo I. Pardo y San Martín describen la prueba de Dunn-Bonferroni como un estadístico T acompañado de una estrategia de **control de la tasa de error**, y la de Tukey como uno de los primeros intentos de controlarla cuando se hacen todas las comparaciones por pares.

1. Ocurre lo contrario. Pardo y San Martín advierten que la prueba de Dunn-Bonferroni se va haciendo conservadora conforme aumenta el número de comparaciones, y disminuir α tiene como consecuencia directa un aumento de β, es decir, una disminución de la potencia.
2. La pérdida de potencia es un coste de estos procedimientos, no la ventaja que se busca con ellos.
3. Al hacerse más conservadoras protegen frente al error Tipo I, pero a costa de aumentar la probabilidad de error Tipo II, que es la pérdida de potencia.
4. Es su finalidad: controlar la tasa de error Tipo I que se dispara al multiplicar las comparaciones.

> **Para fijarlo.** Cuantas más comparaciones haces, más fácil es encontrar una diferencia por azar; Bonferroni y Tukey ponen el freno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 6, págs. 67-68. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 6, págs. 211-212, 220 y 222; cap. 1, pág. 32.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 6

13 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L10 · Estadística descriptiva de una variable

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es el mejor índice de asimetría?:

1 El intercuartílico, por estar basado en índices de posición.

2 El de Pearson, por basarse en los índices de tendencia central.

3 El de Fisher, por tener en cuenta todas las puntuaciones. ✓

4 El coeficiente de variación, por tener en cuenta la variabilidad entre la desviación típica y la media.

El índice de Fisher es el mejor índice de asimetría porque usa todas las puntuaciones

Suárez Falcón et al. describen los dos **índices de asimetría** más utilizados. El de **Pearson** se basa en la relación entre la media y la moda y se aplica a distribuciones unimodales. El de **Fisher** se basa en las distancias de las puntuaciones a su media elevadas al cubo, y el manual concluye que, como **tiene en cuenta todas y cada una de las puntuaciones** de la muestra, **puede considerarse el mejor índice de asimetría**. Los dos valen cero en una distribución simétrica, son negativos con asimetría negativa y positivos con asimetría positiva.

1 La amplitud intercuartil es un índice de dispersión resistente, que se usa junto con la mediana, y el manual no la propone para medir la asimetría.

2 Es cierto que el índice de Pearson se basa en dos índices de tendencia central, la media y la moda, y que se aplica a distribuciones unimodales, pero el manual reserva la consideración de mejor índice para el de Fisher.

3 Es la frase del manual: tiene en cuenta todas las puntuaciones y puede considerarse el mejor índice de asimetría.

4 El coeficiente de variación es un índice de variabilidad relativa que sirve para comparar la dispersión de distribuciones con distintas medias o unidades. No mide la forma de la distribución.

Ojo. Otras obras no establecen un índice mejor. Pardo, Ruiz y San Martín (2009, cap. 4, págs. 115-116) recuerdan que se han propuesto múltiples índices y solo presentan los de asimetría y curtosis basados en los momentos respecto a la media; el de asimetría es el propuesto por Fisher, que es el que calcula el SPSS. La afirmación de la clave está en Suárez Falcón et al.

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. 112-113, 115 y 117-120.

EN EL ATLAS

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

14 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)

Respuesta correcta: 1

Seleccione la prueba estadística más adecuada para las siguientes dos hipótesis. H1: Las estimaciones de CI de los varones son más elevadas que las de las mujeres. H2: El CI medio de las mujeres es más elevado que el de los varones:

1. H1: Mann-Whitney; H2: t-test para muestras independientes. ✓
2. H1: p (rho) de Spearman; H2: r de Pearson.
3. H1: t-test para muestras relacionadas; H2: Chicuadrado.
4. H1: T de Wilcoxon; H2: Prueba binomial de signos.

Comparar varones y mujeres en el CI pide pruebas para dos muestras independientes

Las dos hipótesis comparan **dos grupos independientes**, varones y mujeres, en una **variable cuantitativa**, el CI. Pardo y San Martín dedican a esta situación el capítulo de inferencia con una variable categórica y una cuantitativa. La herramienta más conocida es la **T de Student para muestras independientes**, que contrasta la igualdad de dos medias poblacionales y encaja con H2. La **prueba de Mann-Whitney** compara dos grupos en una variable cuantitativa cuando no se dan las condiciones idóneas para la T, porque se incumple el supuesto de normalidad o el nivel de medida es ordinal, y por eso se reserva para H1, que habla de estimaciones y no de medias.

1. Son las dos pruebas para dos grupos independientes en una variable cuantitativa: la no paramétrica para H1 y la T para la diferencia de medias de H2.
2. Spearman y Pearson miden la relación entre dos variables cuantitativas (u ordinales, en el caso de Spearman). Aquí una de las variables es el sexo, categórica.
3. La T para muestras relacionadas compara dos medidas tomadas en los mismos sujetos, y chi-cuadrado relaciona dos variables categóricas. Ninguna corresponde a dos grupos independientes con una variable cuantitativa.
4. La prueba de Wilcoxon y la de los signos para dos muestras se usan con muestras relacionadas, es decir, con dos medidas de los mismos sujetos.

Para fijarlo. Dos grupos distintos y una variable numérica: T de Student si hay normalidad, Mann-Whitney si no la hay.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 4, págs. 129-134; cap. 5, págs. 162-177.

EN EL ATLAS: Tema L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados. Se estudia con Pardo II (Ampliación).

15 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

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

Respuesta correcta: 2

Una de las ventajas de los diseños experimentales con medidas repetidas (comparado con los diseños experimentales con muestras independientes) es:

1. Pérdida de participantes entre las condiciones.
2. Son diseños más económicos en cuanto a los participantes. ✓
3. Efecto de orden.
4. Se necesitan diferentes listas de estímulos.

Los diseños de medidas repetidas necesitan menos participantes

En los **diseños intrasujeto** o de **medidas repetidas**, todos los participantes pasan de forma sucesiva por todas las condiciones. Balluerka y Vergara destacan dos ventajas: reducen la **varianza de error**, porque el propio sujeto actúa como control, y requieren una **menor cantidad de sujetos** que los diseños de grupos al azar. Quintanilla et al. coinciden en que permiten **muestras más pequeñas** y controlan las variables extrañas ligadas a las diferencias individuales. Su gran inconveniente es la propia secuencia de tratamientos, que genera **efectos de orden** y efectos residuales.

1. La pérdida de participantes es una amenaza a la validez interna. Quintanilla et al. señalan que en los diseños intragrupo la aplicación sucesiva de todas las condiciones puede provocar abandonos por aburrimiento y dejar sin datos las condiciones pendientes.
2. Es la ventaja práctica que destacan los dos manuales: hacen falta menos participantes que en los diseños de grupos independientes.
3. Los efectos de orden son el principal inconveniente de estos diseños, porque los tratamientos posteriores quedan afectados por los previos.
4. Tener que preparar materiales distintos para cada condición es un coste añadido de aplicar varias condiciones a las mismas personas, no una ventaja.

Trampa. Tres opciones describen problemas reales de los diseños intrasujeto. El enunciado pide una ventaja, y solo hay una.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Balluerka, N. y Vergara, A. I. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Prentice Hall. Cap. 9, págs. 241-242. Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apartado 4.5.2, y cap. 3 (amenazas a la validez interna).

EN EL ATLAS

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

16 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 2

De las siguientes afirmaciones, seleccione la CORRECTA. Si en un contraste unilateral derecho utilizamos como nivel de significación 0,005:

1. La probabilidad de mantener H0 siendo falsa es 0,005.
2. La probabilidad de rechazar H0 siendo verdadera es 0,005. ✓
3. La probabilidad de mantener H0 siendo falsa es 0,995.
4. La probabilidad de rechazar H0 siendo verdadera es 0,995.

El nivel de significación es la probabilidad de rechazar una H0 verdadera

Maciá et al. resumen en un cuadro las cuatro decisiones posibles sobre la hipótesis nula. **Rechazar H0 siendo verdadera** es el **error Tipo I**, y su probabilidad es **α**, el nivel de significación que el investigador fija a priori. Su complementario, 1 − α, es el **nivel de confianza**, la probabilidad de mantener H0 cuando es verdadera. **Mantener H0 siendo falsa** es el **error Tipo II**, con probabilidad β, y rechazarla siendo falsa es la potencia, 1 − β. Con α = 0,005, la probabilidad de rechazar una H0 verdadera es 0,005, sea el contraste unilateral o bilateral.

1. Mantener H0 siendo falsa es el error Tipo II, cuya probabilidad es β. El manual indica que ese valor depende del nivel de significación, del tamaño de la muestra y del tamaño del efecto, así que no coincide con α.
2. Rechazar H0 siendo verdadera es el error Tipo I, y su probabilidad es el nivel de significación, 0,005.
3. 0,995 es 1 − α, el nivel de confianza, que corresponde a la decisión correcta de mantener H0 cuando es verdadera. No es la probabilidad del error Tipo II.
4. La probabilidad de rechazar una H0 verdadera es α, no su complementario.

CUADRO 1.3. DECISIONES SOBRE LA HIPÓTESIS NULA

Decisión sobre H0	H0 verdadera	H0 falsa
No rechazar	Decisión correcta. Nivel de confianza (1 − α)	Decisión errónea. Error tipo II (β)
Rechazar	Decisión errónea. Error tipo I (α)	Decisión correcta. Potencia del contraste (1 − β)

Fuente: Maciá et al. (2014), cap. 1, cuadro 1.3, pág. 44

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, cuadro 1.3, págs. 43-44.

EN EL ATLAS Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Maciá (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 75, PIR 2025 · n.º 14

17 MARCO PROFESIONAL

G1 · Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones

Respuesta correcta: 4

Según Beauchamp y Childress (1979), ¿qué principio bioético predominaría en caso de conflicto entre dos o más de ellos?:

1 Justicia.

2 Autonomía.

3 No maleficencia (primum non nocere; ante todo, no hacer daño).

4 Todos los principios obligan por igual al profesional de la Psicología Clínica, quien en caso de conflicto entre dos o más de ellos tendría que evaluar la situación concreta para analizar qué principio pudiera ser prioritario. ✓

Los cuatro principios bioéticos obligan por igual y el caso concreto decide cuál prima

Pastor y Del Río presentan los cuatro principios de la teoría de **Beauchamp y Childress**: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia o equidad. Según estos autores, los cuatro **obligan por igual** al clínico. Cuando entran en conflicto, tiene que **evaluar la situación concreta** para analizar qué principio puede ser prioritario, de modo que son las circunstancias y las consecuencias específicas las que permiten ordenarlos jerárquicamente. Esa especificación exige ponderar cada caso mediante un proceso de **deliberación**, sin una jerarquía fijada de antemano.

1 La justicia, o imparcialidad en el reparto de costes y beneficios, es uno de los cuatro principios, pero no tiene prioridad fija sobre los demás.

2 La autonomía, la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones, tampoco prevalece de antemano. Es más, el manual recuerda que esa capacidad madura con la edad y puede perderse por enfermedad.

3 La no maleficencia viene de la medicina hipocrática (primum non nocere), pero los autores no le dan prioridad sobre los otros principios.

4 Es lo que explican Beauchamp y Childress: los principios obligan por igual y las circunstancias del caso permiten ordenarlos.

Trampa. La opción 3 añade el lema hipocrático para darle un aire de prioridad histórica, pero la antigüedad del principio no lo coloca por encima de los demás.

Para fijarlo. En la teoría principialista no hay un principio que gane siempre; gana el que el caso concreto, ponderado con calma, haga prioritario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pastor Morales, J. M. y del Río Sánchez, C. (2018). Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría. Pirámide. Cap. 1, págs. 13-14.

EN EL ATLAS

Tema G1 · Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones. Se estudia con Pastor (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 11, PIR 2025 · n.º 18

18

MARCO PROFESIONAL

G6 · Límites profesionales y relaciones duales

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la relación en la que un profesional de la Psicología Clínica, además de la estrictamente terapéutica, mantiene algún otro tipo de relación con el paciente?:

1 Adicional abusiva.

2 Dual. ✓

3 Sumativa.

4 De poder.

Cuando el terapeuta mantiene otro vínculo con el paciente la relación es dual

Pastor y Del Río definen la **relación dual o múltiple** en psicoterapia como aquella en la que el profesional mantiene, **además de la estrictamente terapéutica**, algún otro tipo de relación con el paciente. Esas relaciones pueden ser **sociales** (sexuales o no sexuales), **financieras** o **profesionales**, y pueden darse a la vez que la intervención o después de ella. Hay consenso en que la relación sexual es la variante más inapropiada, pero el manual cita otras, como los encuentros sociales, los favores o los negocios con el paciente.

1. No es un término que use el manual. Algunas relaciones duales son claramente inapropiadas, pero la definición no exige que haya abuso.
2. Es el nombre que da el manual a la relación que añade otro vínculo al estrictamente terapéutico.
3. El manual no habla de relaciones «sumativas».
4. El manual no denomina así a esta situación. La definición atiende a que exista un segundo vínculo, no al reparto de poder entre terapeuta y paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Pastor Morales, J. M. y del Río Sánchez, C. (2018). Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría. Pirámide. Cap. 7, pág. 101.

EN EL ATLAS: Tema G6 · Límites profesionales y relaciones duales. Se estudia con Pastor (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 10

19 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 4

A qué se refiere el conjunto de características que cada profesional de la Psicología Clínica aplica a cada situación psicoterapéutica, constituyendo sus atributos básicos y que comprende aspectos idiosincrásicos que le empujan a comportarse de un modo particular en el transcurso de su desempeño profesional:

1. Estilo Cognitivo del Terapeuta.
2. Rasgos de Personalidad del Terapeuta.
3. Función Involucración del Terapeuta.
4. Estilo Personal del Terapeuta. ✓

El estilo personal del terapeuta es el sello propio con que cada clínico trabaja

El enunciado copia casi palabra por palabra la definición que recogen Prado-Abril et al. El **estilo personal del terapeuta** (EPT) es el **conjunto de características** que cada terapeuta aplica en cada situación psicoterapéutica y que constituyen sus **atributos básicos**; comprende aspectos singulares e **idiosincrásicos** que empujan a comportarse de un modo particular en el desempeño profesional. El constructo integra propuestas anteriores, como la de Orlinsky, Grawe y Parks, que entendían el estilo como los rasgos de personalidad del terapeuta que se expresan en el proceso. Se evalúa con el **EPT-C**, que organiza las puntuaciones en cinco funciones.

1. El artículo no recoge un «estilo cognitivo del terapeuta». El constructo que define el enunciado, con sus atributos básicos e idiosincrásicos, es el EPT.
2. Es la definición clásica de Orlinsky, Grawe y Parks, que el EPT integra junto con la de Beutler et al. El enunciado habla de atributos aplicados a cada situación terapéutica, que es la definición del EPT.
3. La involucración es una de las cinco funciones del EPT-C, la que describe el nivel de compromiso del terapeuta con su trabajo. Es una parte del constructo, no el constructo entero.
4. Es la definición del constructo que recoge el artículo.

Para fijarlo. El EPT-C tiene cinco funciones: instruccional, expresiva, de involucración, atencional y operativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24(3), 131-140. Pág. 132.

EN EL ATLAS Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Prado-Abril (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 20

20

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 2

En la evaluación psicológica, las matrices de interacción y los mapas de conducta son:

1 Escalas de apreciación.

2 Protocolos observacionales de conducta. ✓

3 Procedimientos automáticos de muestreo.

4 Registros narrativos.

Matrices de interacción y mapas de conducta son protocolos observacionales

Fernández-Ballesteros ordena las técnicas de registro observacional por su grado de estructuración: registros narrativos, escalas de apreciación, **protocolos observacionales de conducta**, sistemas de categorías, valoración de productos de conducta y dispositivos de registro. Los protocolos observacionales, también llamados **listas de rasgos**, contienen una serie bien especificada de conductas, con o sin sus antecedentes y consecuentes, y los más frecuentes son los **registros de conductas**, las **matrices de interacción** y los **mapas de conducta**. Las matrices recogen las relaciones funcionales que se producen en la interacción de dos o más personas.

1 Las escalas de apreciación se usan para cuantificar, calificar o clasificar las actividades de un sujeto según definiciones conductuales, dimensiones o atributos, y suele aplicarlas un observador participante.

2 El manual incluye las matrices de interacción y los mapas de conducta entre los protocolos observacionales más frecuentes.

3 El manual los llama procedimientos automáticos de registro: dispositivos que facilitan la tarea del observador y evitan los sesgos de sus anotaciones. Son otra técnica distinta.

4 Los registros narrativos tienen un formato flexible, sin especificidad más allá de la fecha y las circunstancias generales de la sesión. Son lo opuesto a un protocolo estructurado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, págs. 201-206 y 210.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 127, PIR 2024 · n.º 21

21 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes instrumentos específicos para la evaluación del alcoholismo es un test de 10 ítems elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para disponer de una prueba de detección rápida, sencilla, fiable y comparable entre países:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification); Test de Identificación de los Trastornos por Consumo de Alcohol de Babor et al., 1989. ✓
2. ACQ (Alcohol Craving Questionnaire); Cuestionario de Ansia por el Alcohol de Singleton et al., 1996.
3. MALT (Munich Alcoholism Test); Test de Alcoholismo de Munich de Feuerlein et al., 1977.
4. CAGE (The CAGE Questionnaire); El Cuestionario CAGE de Ewing, 1984.

El AUDIT es el cribado de 10 ítems que la OMS creó para comparar países

Becoña, en el manual de Vallejo y Vallejo-Slocker, describe el **AUDIT** (Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol) como un cuestionario elaborado **bajo los auspicios de la OMS** para disponer de un instrumento de **detección del consumo abusivo** de alcohol rápido, fácil, fiable y **comparable entre países**. Consta de **10 ítems** con cuatro alternativas de respuesta y evalúa los consumos de riesgo y la sospecha de dependencia. Tiene una versión reducida con sus tres primeros ítems, el AUDIT-C. Bobes et al. confirman los 10 ítems y su uso para detectar bebedores de riesgo.

1. Es el instrumento de la OMS, de 10 ítems, pensado para una detección rápida, fiable y comparable entre países.
2. Su nombre indica que mide el ansia por el alcohol (craving). No figura entre los cuestionarios de cribado del consumo de riesgo que recogen los manuales.
3. El MALT sirve para el diagnóstico diferencial y para confirmar la sospecha de alcoholismo después de usar instrumentos más cortos. Tiene una parte objetiva de 7 ítems y una subjetiva de 24 en el original (26 en la versión española).
4. El CAGE es un cribado de la posible dependencia, pero tiene solo 4 preguntas de respuesta sí o no, que conviene intercalar en una entrevista más amplia.

> **Para fijarlo.** El AUDIT puntúa de 0 a 40, y en Bobes los puntos de corte para bebedor de riesgo son 8 en hombres y 6 en mujeres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Alcoholismo, Becoña), págs. 26-27. Bobes, J. et al. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (2.ª ed.). Ars Medica-Psiquiatría Editores. Cap. 3, págs. 17-19.

EN EL ATLAS Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación) y Bobes (Consulta).

22

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica

Respuesta correcta: 1

Cuáles son las características que deben presentar las medidas que van a servir de base para la valoración de un tratamiento psicológico, según Fernández-Ballesteros et al. (2013):

1. Fiabilidad, validez y utilidad. ✓
2. Adecuación, exactitud y fiabilidad.
3. Validez de constructo, eficacia y efectividad.
4. Consistencia interna, objetividad y fiabilidad.

Las medidas de cambio deben ser fiables, válidas y útiles

Fernández-Ballesteros explica que la mayor parte de los autores resaltan **tres características** que deben presentar las medidas que van a servir de base a la **valoración de un tratamiento**: **fiabilidad**, **validez** (o exactitud) y **utilidad**. La fiabilidad se refiere al error de medida, que puede proceder del momento de aplicación, de la objetividad del registro o de la consistencia interna. La validez exige que el instrumento mida lo que pretende medir. La utilidad clínica depende de la sensibilidad para detectar cambios debidos al tratamiento y de la eficiencia, o bajo coste, de la administración.

1. Son las tres garantías que propone el manual.
2. La exactitud es otro nombre de la validez, pero la «adecuación» no figura entre las garantías y falta la utilidad.
3. La validez de constructo es solo un tipo de validez, y la eficacia y la efectividad son propiedades de los tratamientos, no de las medidas que los valoran.
4. La consistencia interna y la objetividad (acuerdo interjueces) son fuentes de fiabilidad. La opción repite la fiabilidad y deja fuera la validez y la utilidad.

CUADRO 2.2. CRITERIOS DE CALIDAD DE LAS MEDIDAS PARA LA VALORACIÓN

	Medidas de agregado	Medidas moleculares
Fiabilidad	Objetividad (acuerdo interjueces), fiabilidad test-retest, consistencia interna	Objetividad (acuerdo interjueces, precisión), fiabilidad test-retest
Validez	Contenido, criterio, constructo	Exactitud
Utilidad	Sensibilidad, eficiencia	Sensibilidad, eficiencia

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 2, cuadro 2.2, pág. 82

Trampa. Las opciones 2 y 4 mezclan nombres que sí aparecen en el apartado (exactitud, consistencia interna, objetividad), pero como facetas de una sola garantía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, págs. 81-82, cuadro 2.2.

EN EL ATLAS: Tema E2 · El proceso de evaluación psicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

23

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes opciones NO es una de las tres dimensiones del carácter del Inventario de Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R) de Cloninger?:

1 Autodirección.

2 Persistencia. ✓

3 Cooperación.

4 Autotrascendencia.

La persistencia es una dimensión de temperamento del TCI-R, no de carácter

El **TCI-R** (Cloninger, 1999) se basa en un modelo psicobiológico y evalúa **siete dimensiones**, cuatro de **temperamento** y tres de **carácter**, con 240 ítems. El temperamento son las respuestas automáticas a estímulos emocionales, moderadamente estables y heredadas; el carácter son diferencias individuales que se desarrollan por la interacción del temperamento con el ambiente familiar y las experiencias personales. Las cuatro de temperamento son evitación del daño, búsqueda de sensaciones nuevas, dependencia de la recompensa y **persistencia**, una tendencia heredada a la autoexigencia, la ambición y la superación. Las tres de carácter son autodirección, cooperación y autotrascendencia.

1. La autodirección es una de las tres dimensiones de carácter; incluye responsabilidad, propósitos, recursos, autoestima y hábitos.
2. La persistencia pertenece al temperamento, no al carácter.
3. La cooperación es una dimensión de carácter que incluye tolerancia social, empatía, altruismo, capacidad de conciliación e integridad.
4. La autotrascendencia es la tercera dimensión de carácter; incluye ensimismamiento, identificación transpersonal y espiritualidad.

Ojo. El inventario no se describe en los manuales de evaluación del Atlas, aunque el modelo psicobiológico de Cloninger, con las mismas cuatro dimensiones de temperamento (persistencia incluida) y tres de carácter, figura en Díaz-Garrido et al. (2024), vol. I, cap. 1, pág. 25. Se describe en Vallejo Ruiloba (7.ª ed., 2011, y 8.ª ed., 2015, cap. 7), ediciones digitales sin paginar. La edición de 2025 (Bulbena y Cardoner) ya no lo describe, aunque recoge los cuatro rasgos de temperamento de Cloninger, persistencia incluida.

Para fijarlo. El carácter del TCI-R son las tres «auto-co»: autodirección, cooperación y autotrascendencia. Todo lo demás es temperamento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 7 (Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría I: métodos de exploración psicológica), edición digital sin paginar. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. I. Pirámide. Cap. 1, pág. 25.

EN EL ATLAS

Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Vallejo Ruiloba no es fuente de este tema.

24

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 3

En la evaluación de la esquizofrenia, ¿cuál de los siguientes marcadores psicofisiológicos NO se ha utilizado de modo preferente?:

1 La actividad electrodérmica.

2 Los potenciales evocados.

3 La actividad respiratoria. ✓

4 Los movimientos oculares.

En la esquizofrenia se estudian los movimientos oculares, los potenciales evocados y la actividad electrodérmica

Moreno Rosset y Ramírez Uclés señalan que algunos de los **marcadores psicofisiológicos** más importantes en la **esquizofrenia** están en los **movimientos oculares**, los **potenciales evocados** y la **actividad electrodérmica**. El seguimiento ocular lento muestra irregularidades en el 50-80 % de los pacientes y en el 45 % de sus familiares de primer grado. La amplitud de la onda **P300** está reducida entre un 26 y un 53 %. Y cerca del 40 % de los pacientes son «no respondientes» en conductancia ante estímulos auditivos inocuos. La actividad respiratoria no aparece entre estos marcadores.

1. La actividad electrodérmica es uno de los marcadores: cerca del 40 % de los pacientes no muestran respuestas de conductancia ante estímulos auditivos inocuos.
2. El potencial evocado más estudiado es la P300, cuya amplitud está reducida en la esquizofrenia y aumenta cuando mejora la sintomatología.
3. El manual no la menciona entre los marcadores de la esquizofrenia.
4. Las irregularidades en los movimientos lentos de seguimiento ocular, con una frecuencia anómala de movimientos rápidos, son un posible marcador genético de propensión.

> **Para fijarlo.** En la esquizofrenia se miran los ojos, las ondas cerebrales y la piel, es decir, el seguimiento ocular, la P300 y la conductancia.

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. 303-304.

EN EL ATLAS

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

25 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes test permite evaluar tanto la personalidad psicopatológica como la personalidad normal?:

1. PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (Morey). ✓
2. 16PF-APQ. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16 PF (Schuerger).
3. 16PF-5. Cuestionario Factorial de Personalidad (Cattell, Cattell y Cattell).
4. NEO PI-R. Inventario de Personalidad Neo-Revisado (Costa y McCrae).

El PAI-A evalúa a la vez la personalidad y la psicopatología del adolescente

Moreno Rosset y Ramírez Uclés describen el **PAI-A** como la versión para adolescentes del PAI. Sus 264 ítems permiten la **evaluación comprehensiva de la personalidad y de la psicopatología** en adolescentes de 12 a 18 años, con las mismas 22 escalas del PAI. Los otros tres instrumentos se presentan como medidas de la **personalidad normal**: el **NEO PI-R** mide cinco factores y 30 facetas, el **16PF-5** es un instrumento de amplio espectro de la personalidad normal de los adultos y la primera parte del 16PF-APQ evalúa la personalidad normal del adolescente.

1. Es el único de los cuatro que el manual presenta como evaluación de la personalidad y de la psicopatología.
2. La parte principal del 16PF-APQ evalúa la personalidad normal con los 16 rasgos y las 5 dimensiones globales; las demás miden razonamiento, intereses profesionales y, de forma opcional, dificultades cotidianas. El manual no lo presenta como medida de psicopatología.
3. El manual lo define como un instrumento de amplio espectro de la personalidad normal de los adultos.
4. El NEO PI-R tiene como finalidad la evaluación de la personalidad normal mediante cinco factores y 30 facetas.

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. 459, 463-464 y 480.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 33

26

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Si queremos evaluar la inteligencia de un niño de 7 años, de la manera más breve posible y valorando aspectos verbales y no verbales, ¿cuál de las siguientes pruebas sería la más adecuada?:

1. TONI-4.
2. Escalas de Inteligencia de Reynolds (RIAS). ✓
3. Matrices progresivas de Raven.
4. WISC-V.

El RIAS evalúa la inteligencia verbal y la no verbal en unos 40 minutos

La pregunta pide tres cosas: que sirva a los 7 años, que valore aspectos verbales y no verbales y que sea lo más breve posible. Las **Escalas de Inteligencia de Reynolds (RIAS)** se aplican de 3 a 94 años y dan un índice de inteligencia general, uno **verbal**, uno **no verbal** y uno de memoria. Su aplicación completa dura **alrededor de 40 minutos**, y unos 30 si solo se pasan las pruebas de inteligencia. El **WISC-V** también cubre ambos aspectos y se aplica de 6:00 a 16:11 años, pero dura entre 48 y 65 minutos. El TONI y las matrices de Raven son pruebas no verbales.

1. El TONI es una prueba no verbal que mide la inteligencia general sin influencia del lenguaje, así que no valora aspectos verbales.
2. Cumple las tres condiciones: edad, contenido verbal y no verbal, y la menor duración de las opciones válidas.
3. Las matrices progresivas de Raven se diseñaron como medida del factor g, entendido como razonamiento fluido, y se clasifican como inteligencia general no verbal.
4. Evalúa aspectos verbales y no verbales a los 7 años, pero su aplicación dura entre 48 y 65 minutos, más que el RIAS.

Ojo. El corpus describe el TONI-2 (Izquierdo, de 5 a 85 años), no el TONI-4 que cita la opción. El dato que importa, que es una prueba no verbal, es el mismo.

Trampa. El WISC-V es la escala más conocida para esa edad y cumple dos de las tres condiciones. Lo que la descarta es la duración.

Para fijarlo. Si además se quisiera un cribado todavía más rápido, el manual recuerda el RIST, versión breve del RIAS de unos 15 minutos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 437-438, 441 y 444-445. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 318-319. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. McGraw-Hill. Cap. 22, tabla 22.4, pág. 153.

EN EL ATLAS

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

27 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto al diagnóstico del TDAH?:

1 Es indispensable aplicar las siguientes pruebas: CARAS-R, D2, ENFEN y SENA.

2 La información aportada por los padres generalmente no se considera fiable.

3 Por cuestiones de eficiencia, sólo es necesario recoger información de la escuela en los casos dudosos.

4 El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico. ✓

El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico

Fonseca resume en una tabla las recomendaciones sobre la evaluación del TDAH, tomadas de la guía de práctica clínica española. La primera dice que el **diagnóstico** del TDAH es **exclusivamente clínico**: debe apoyarse en una clara **repercusión funcional** en los ámbitos personal, familiar, académico o social y exige haber **excluido otros trastornos** que expliquen los síntomas. El capítulo añade que es fundamental recoger información a través de la **familia y el profesorado**, que la información de los padres es válida y fiable, y que los instrumentos de evaluación facilitan el cribado y la evaluación diagnóstica, aunque el diagnóstico siga siendo clínico.

1 El manual dice que los instrumentos facilitan el cribado y la evaluación diagnóstica, y que la exploración neuropsicológica ayuda sobre todo cuando hay problemas de aprendizaje comórbidos. No señala ninguna batería concreta como indispensable.

2 La información obtenida de los padres ha demostrado ser, en general, válida y fiable para la evaluación y el diagnóstico.

3 Las guías consideran fundamental, durante el proceso de evaluación, recoger información sobre el caso a través de la familia y el profesorado, sin limitarlo a los casos dudosos.

4 Es la primera recomendación de la tabla 7.1.

TABLA 7.1. NIVELES DE EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL TDAH

Evaluación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, y debe estar respaldado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social. Asimismo, se requiere haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada	4+	D
La información obtenida de los padres ha demostrado ser, en general, válida y fiable para la evaluación y diagnóstico	1+	D
En la evaluación del TDAH es necesario incluir preguntas acerca de la historia perinatal y pediátrica del caso, antecedentes patológicos e historia de salud mental del menor	2+	D
Se ha demostrado la relevancia en el proceso de diagnóstico de obtener datos sobre el rendimiento académico, que con frecuencia se encuentra mermado en estos casos	4	D
La administración de instrumentos de evaluación facilita el cribado y la evaluación diagnóstica del TDAH	4	D
La exploración neuropsicológica ayuda a conocer el perfil cognitivo, especialmente cuando el TDAH se encuentra en comorbilidad con problemas de aprendizaje	3	C

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 7, tabla 7.1, pág. 218

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, pág. 218, tabla 7.1.

EN EL ATLAS: Tema B29 · TDAH. Fonseca I/A no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 33

28 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B30 · Trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 4

Una de las siguientes pruebas está diseñada para evaluar lenguaje comprensivo y aporta una medida de cociente intelectual verbal para niños desde los 2 años y 6 meses:

1 Batería del Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC-S-R, Puyuelo M., Renom J., Solanas A. y Wigg E.H., 2007).

2 Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (CEG, Mendoza E., Carballo, G., Muñoz J. y Fresneda, M.D., 2005).

3 Test Boehm de Conceptos Básicos (Boehm, A.E., 2000).

4 Peabody Test (PPVT-III, Dunn L. y Arribas D., 2006). ✓

El Peabody mide el vocabulario receptivo desde los dos años y medio

La edad decide la pregunta. Izquierdo et al. presentan el **Peabody-III** (Test de vocabulario en imágenes) como una prueba de **vocabulario receptivo**, con soporte visual, aplicable desde los **2 años y medio** hasta los 90, y en su listado de instrumentos lo clasifican como prueba de aptitud y **cribado** para detectar dificultades del lenguaje y evaluar la **aptitud verbal** y el vocabulario. Gutiérrez Bermejo y Brioso recogen las edades de las demás opciones, todas por encima de los 2 años y medio: BLOC de 5 a 14 años, CEG de 4 a 11 y Boehm-3 de 4 a 7.

1 La BLOC se aplica de 5 a 14 años.

2 El CEG evalúa la comprensión gramatical de 4 a 11 años.

3 El Test de Conceptos Básicos Boehm-3 se aplica de 4 a 7 años.

4 Evalúa el vocabulario receptivo desde los 2 años y medio y sirve para la detección de la aptitud verbal.

Ojo. Los manuales del corpus no hablan de un «cociente intelectual verbal», sino de la evaluación de la aptitud verbal y el vocabulario. Las edades del Peabody varían entre fuentes: de 2;06 a 18 años en Gutiérrez Bermejo y Brioso, y de 2 años y medio a 90 en Izquierdo et al. El límite inferior, que es lo que se pregunta, coincide.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. McGraw-Hill. Cap. 35, pág. 237; cap. 22, tabla 22.1, pág. 148. Gutiérrez Bermejo, B. y Brioso, Á. (coords.) (2020). Desarrollos diferentes (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 8, pág. 172.

EN EL ATLAS

Tema B30 · Trastornos del lenguaje. Izquierdo no es fuente de este tema.

29

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica | Revisar

Respuesta correcta: 3

Una de las siguientes pruebas está diseñada como screening, con el objeto de identificar aquellas funciones del lenguaje que requieren una evaluación más exhaustiva:

1. Test-Barcelona 2 (Peña-Casanova, 2019).
2. Batería de afasias Western (Kertesz, 2000).
3. Bedside de lenguaje (Sabe et al., 2008). ✓
4. Test de Denominación de Boston (Kaplan et al., 1983).

El Bedside de lenguaje es un cribado breve de la afasia, no una batería completa

Una prueba de **cribado** busca identificar con rapidez a quien necesita una evaluación más completa, y Junqué y Barroso explican que en la afasia no sustituye a una batería completa, pero da una señal de que hay un trastorno afásico. El **Bedside de lenguaje** (Sabe et al., 2008) es una batería corta de evaluación de la **afasia** que se aplica a pie de cama y explora cinco dominios: lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, escritura y lectura. Las otras opciones son instrumentos amplios o de un solo componente. El **Test Barcelona** revisado es una batería amplia que se usa como índice global de deterioro cognitivo; la **batería de afasias Western** de Kertesz es una de las baterías normalizadas de exploración de la afasia; y el **Test de Denominación de Boston** evalúa la denominación y forma parte de las baterías de evaluación del lenguaje.

1. El Test Barcelona revisado es una batería neuropsicológica amplia, con 42 apartados y 106 subtests, que evalúa las capacidades cognitivas fundamentales y no solo el lenguaje. Caballo (cap. 25) lo describe como una batería de 42 pruebas, de las que 20 evalúan el lenguaje.
2. La batería de afasia de Kertesz (Western Aphasia Battery) figura entre las baterías normalizadas que proporcionan puntuaciones de afasia; es una exploración completa.
3. Se diseñó como cribado rápido de la afasia, aplicable a pie de cama.
4. El Test de Denominación de Boston explora un solo componente del lenguaje. Junqué y Barroso lo citan, como Test de Vocabulario de Boston, entre los tests breves y sensibles, pero para valorar la denominación por confrontación visual (pág. 296), y otros manuales lo incluyen en baterías de evaluación del lenguaje y de la demencia. No sirve como cribado del conjunto de funciones lingüísticas.

Ojo. El Bedside de lenguaje no aparece en el corpus del Atlas, y la clave se apoya en el artículo de validación de Sabe et al. (2008). Del corpus solo se sostiene la idea general de Junqué y Barroso (cap. 10, pág. 295), para quienes los tests de cribado de la afasia no sustituyen a una batería completa, aunque entre los tests breves y sensibles citan también el de Vocabulario de Boston, que solo explora la denominación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

No está en el corpus del Atlas. Fuente: Sabe, L., Courtis, M. J., Saavedra, M. M., Prodan, V., Luján-Calcagno, M. y Melián, S. (2008). Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: «bedside del lenguaje». Revista de Neurología, 46(8), 454-460. Para el cribado de la afasia y los distractores: Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 10, págs. 295-296. 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. Pág. 238. Gil, R. (2019). Neuropsicología (7.ª ed.). Elsevier. Pág. 59. Caballo, V. E. (dir.) (2014). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos (ed. digital). Pirámide. Cap. 25, pág. 661.

EN EL ATLAS

Tema E12. Se estudia con Caballo Evaluación (Base) y Junqué y Barroso (Ampliación).

30

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 1

¿A qué nivel de gravedad del trastorno del espectro del autismo se corresponde, de acuerdo con la clasificación DSM-5, un caso en el que sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes, con dificultad para iniciar interacciones sociales y con respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas y cuya inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos?:

1. Grado 1. ✓
2. Grado 2.
3. Grado 3.
4. Grado 4.

Problemas importantes sin ayuda in situ e interferencia en uno o más contextos corresponden al grado 1 del autismo

La Tabla 2 del DSM-5 gradúa el **trastorno del espectro autista** en tres niveles según la ayuda que se necesita y valora por separado la **comunicación social** y los **comportamientos restringidos y repetitivos**. El caso copia la descripción del **grado 1, «necesita ayuda»**: **sin ayuda in situ**, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes, con dificultad para iniciar interacciones y respuestas atípicas a la apertura social de otros, y la inflexibilidad causa una interferencia significativa en uno o más contextos. En el grado 2 los problemas sociales son obvios incluso con ayuda in situ, y en el grado 3 las deficiencias son graves.

1. Es la descripción del grado 1 en los dos dominios.
2. El grado 2 («necesita ayuda notable») describe problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ y una inflexibilidad evidente para el observador casual.
3. El grado 3 («necesita ayuda muy notable») describe deficiencias graves, con un inicio muy limitado de interacciones y una respuesta mínima a la apertura social de los demás.
4. El DSM-5 solo tiene tres grados de gravedad.

NIVELES DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TABLA 2, RESUMIDA)

Nivel	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3, «necesita ayuda muy notable»	Un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas	Interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos
Grado 2, «necesita ayuda notable»	Problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ	Resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos
Grado 1, «necesita ayuda»	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno del espectro autista, Tabla 2, pág. 58

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del espectro autista, Tabla 2, pág. 52.

EN EL ATLAS Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 29, PIR 2023 · n.º 31

31

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 1

¿Qué requisito debe presentar un paciente para poder realizar un diagnóstico comórbido de discapacidad intelectual y trastorno del espectro del autismo, según la clasificación DSM-5?:

1. Debe presentar un desempeño en la comunicación social por debajo de lo esperado para el nivel general de desarrollo. ✓
2. Deben existir movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
3. Debe presentar hiporreactividad ante estímulos sensoriales.
4. Deben confirmarse ambos diagnósticos mediante pruebas psicométricas estandarizadas.

Para diagnosticar a la vez autismo y trastorno del desarrollo intelectual, la comunicación social debe estar por debajo del nivel general de desarrollo

El criterio E del **trastorno del espectro autista** pide que las alteraciones no se expliquen mejor por la **discapacidad intelectual**, hoy trastorno del desarrollo intelectual, o por el retraso global del desarrollo. El DSM-5 reconoce que ambos trastornos con frecuencia coinciden y fija la condición para el **diagnóstico comórbido**: la **comunicación social** ha de estar **por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo**. El diagnóstico diferencial lo concreta, porque el autismo es apropiado si la comunicación y la interacción social están significativamente deterioradas en comparación con las capacidades no verbales del individuo.

1. Es la nota del criterio E.
2. Los movimientos, el uso de objetos o el habla estereotipados o repetitivos son un síntoma posible del criterio B del autismo y no intervienen en la regla de la comorbilidad.
3. La hiporreactividad a los estímulos sensoriales es otro síntoma posible del criterio B y tampoco es un requisito de la comorbilidad.
4. Los criterios no exigen confirmar los dos diagnósticos con pruebas psicométricas. La regla compara la comunicación social con el nivel general de desarrollo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del espectro autista, págs. 50-51 y 58.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 30, PIR 2022 · n.º 29

32 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

El inventario de desarrollo Battelle:

1 Incluye las áreas Motora, Adaptativa y Comunicación, pero no Cognitiva.

2 Se utiliza para edades comprendidas entre el nacimiento y los 6 años.

3 Es una escala auto-informada.

4 Se utiliza para edades comprendidas entre el nacimiento y los 8 años. ✓

El Battelle evalúa cinco áreas del desarrollo desde el nacimiento hasta los ocho años

La ficha del **Inventario de desarrollo Battelle** (BDI) en el apéndice de Fernández-Ballesteros indica una edad de aplicación **desde los cero hasta los ocho años**. Sus 341 ítems evalúan **cinco áreas**: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y **cognitiva**, e incluye una prueba abreviada de cribado de 96 ítems. Los datos se obtienen con un examen estructurado, con la **observación** del niño en su entorno habitual y con la **información de padres o profesores**. El manual destaca que llegar hasta los ocho años permite usarlo como retest para valorar la eficacia de las intervenciones.

1 El área cognitiva es una de las cinco que evalúa, junto con la personal/social, la adaptativa, la motora y la de comunicación.

2 Se queda corto: la edad de aplicación llega hasta los ocho años.

3 El niño no informa sobre sí mismo. Los datos proceden de un examen estructurado, de la observación y de las entrevistas con padres o profesores.

4 Es la edad de aplicación que recoge la ficha técnica.

Ojo. Otras fuentes del corpus dan un tope algo distinto. Enseñat et al. (2023, cap. 5, pág. 123) escriben «0 a 7,11 meses», que debe leerse como un rango algo menor en años, mientras que Fernández-Ballesteros y Orgilés et al. (2022) mantienen los ocho años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2.4 (Inventario de desarrollo de Battelle).

EN EL ATLAS

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

33 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 2

Un bebé empieza a presionar un juguete reproduciendo un sonido llamativo. Según los estadios del desarrollo de la inteligencia sensoriomotriz de Piaget, sería un ejemplo de comportamiento del:

1 Estadio 2: Primeras reacciones adquiridas y reacciones circulares primarias.

2 Estadio 3: Reacciones circulares secundarias. ✓

3 Estadio 4: Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas.

4 Estadio 5: Reacciones circulares terciarias.

Repetir una acción para volver a oír el sonido del juguete es una reacción circular secundaria

Las **reacciones circulares** son los procesos por los que el bebé aprende a reproducir sucesos agradables o interesantes que primero ocurrieron por casualidad. En la **tercera subetapa** (de cuatro a ocho meses), el interés se desplaza hacia el ambiente: el bebé repite de manera deliberada una acción para obtener **resultados fuera de su propio cuerpo**, como agitar una sonaja para oír el ruido. Papalia y Martorell las llaman **reacciones circulares secundarias**; las acciones son intencionadas, pero todavía no están enfocadas directamente en una meta. Presionar el juguete para que vuelva a sonar encaja con esta descripción.

1. En la segunda subetapa (de uno a cuatro meses) el bebé repite conductas agradables centradas en su propio cuerpo, como chuparse el dedo, más que en los efectos de su comportamiento en el ambiente.
2. El bebé repite una acción para reproducir un resultado interesante fuera de su cuerpo, el sonido del juguete.
3. En la cuarta subetapa (de 8 a 12 meses) el bebé modifica y coordina esquemas anteriores, como los de gatear, empujar y prensar, para alcanzar una meta, y puede anticipar los sucesos.
4. En la quinta subetapa (de 12 a 18 meses) el niño varía deliberadamente sus acciones para ver qué ocurre y resuelve problemas por ensayo y error.

TABLA 5.2 (EXTRACTO). SUBETAPAS 2 A 5 DE LA ETAPA SENSORIOMOTRIZ

Subetapa	Edades	Descripción	Conducta
2. Reacciones circulares primarias	Uno a cuatro meses	Los lactantes repiten las conductas agradables que ocurren por casualidad (como chuparse el dedo). El niño enfoca las actividades en el cuerpo, más que en los efectos de su comportamiento en el ambiente. Además, adquieren las primeras adaptaciones. Comienzan a coordinar la información de los sentidos y a tomar objetos.	Cuando le dan la mamila, Dylan (que por lo general toma pecho) puede adaptarse para succionar el chupón de hule.
3. Reacciones circulares secundarias	Cuatro a ocho meses	Los bebés se interesan más por el ambiente; repiten las acciones que producen resultados interesantes y prolongan las experiencias agradables. Las acciones son intencionadas, pero no enfocadas directamente en una meta.	Alejandro empuja trozos de cereal seco por el borde de su silla alta y mira cómo caen.
4. Coordinación de esquemas secundarios	Ocho a 12 meses	La conducta es más deliberada e intencional a medida que los lactantes coordinan los esquemas previamente aprendidos para alcanzar sus metas. Pueden anticipar los sucesos.	Anica presiona el botón de su libro de rimas con música y suena «Estrellita». Oprime el botón una y otra vez, y lo prefiere antes que botones de otras canciones.
5. Reacciones circulares terciarias	12 a 18 meses	Los niños muestran curiosidad y experimentan; de manera deliberada varían sus acciones para ver los resultados. Exploran activamente su mundo para determinar qué tiene de nuevo un objeto, suceso o situación. Ensayan actividades nuevas y resuelven problemas por ensayo y error.	Los primeros esfuerzos de Björn por meter su libro favorito en la cuna fracasan, porque el libro es demasiado ancho. Pronto, Björn pone el libro de lado, lo mete y lo abraza, encantado por su éxito.

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 5, tabla 5.2, pág. 130

Ojo. Papalia y Martorell ilustran la cuarta subetapa con una niña que presiona una y otra vez el botón de un libro musical (tabla 5.2) y la reacción circular terciaria con un pequeño que aprieta un pato de hule porque chilló cuando lo pisó (pág. 131, figura 5.1). Lo que define la reacción circular secundaria es repetir una acción para obtener de nuevo un resultado interesante fuera del propio cuerpo, como agitar la sonaja para oír el ruido (pág. 131); García Madruga y Delval hablan del «logro y repetición de un resultado interesante». Es lo que describe el enunciado, y por eso la clave se sostiene: si el bebé variara la acción para ver qué ocurre sería terciaria, y si coordinara esquemas para alcanzar una meta, cuarta subetapa.

Para fijarlo. Primaria, el cuerpo; secundaria, el mundo; terciaria, el experimento.

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. García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed.). UNED. Cap. 3, apartado 4.1 (estadio 3), sin paginación impresa.

EN EL ATLAS

Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con García Madruga y Delval (Base) y Papalia (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 16

34

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas

Respuesta correcta: 4

Señale la opción INCORRECTA respecto a las principales manifestaciones del egocentrismo intelectual en el periodo preoperatorio:

1 Finalismo.

2 Animismo.

3 Realismo.

4 Reversibilidad. ✓

La reversibilidad es propia del pensamiento operacional, no del egocentrismo preoperatorio

García Madruga y Delval recogen en el **cuadro 8.1** las principales manifestaciones del **egocentrismo intelectual** en el periodo preoperatorio: artificialismo, realismo, animismo y finalismo. La **reversibilidad**, en cambio, es la capacidad de anticipar mentalmente la variación que produciría una acción y de reconstruir el estado inicial anulando la transformación, ya sea por inversión o por compensación. Llega cuando las acciones se interiorizan y se convierten en operaciones, y junto con la identidad es la base de las conservaciones, que Piaget tomó como el mejor indicio del pensamiento operacional.

1. El finalismo es la tendencia a creer que las cosas dependen de una causa última y de un sentido u objetivo predeterminado, como que la noche se ha hecho para dormir.
2. El animismo es la tendencia a percibir como vivo todo lo que aparenta tener actividad propia, como las nubes que se mueven voluntariamente.
3. El realismo es la tendencia a atribuir existencia material y objetiva a fenómenos psicológicos y subjetivos, como los sueños.
4. La reversibilidad caracteriza a las operaciones concretas, no al egocentrismo del niño preoperatorio.

Trampa. La pregunta repite la estructura de la de 2024 sobre el mismo cuadro, que usaba la conservación como intrusa. Aquí el papel lo cumple la reversibilidad, que es su fundamento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 8, cuadro 8.1 y apartado 3 (edición digital sin paginar).

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 36

35 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor

Respuesta correcta: 1

El reflejo consistente en la extensión de los dedos del pie en forma de abanico, seguida de flexión de los dedos, se conoce como:

1. Babinski. ✓
2. Moro.
3. Patelar.
4. Prensión plantar.

El reflejo de Babinski abre en abanico los dedos del pie

La tabla de reflejos del recién nacido de García Madruga y Delval describe el **reflejo de Babinski** con las mismas palabras del enunciado. Se provoca con una **presión suave sobre la planta del pie**, del talón hacia los dedos, y la respuesta es la **extensión de los dedos en forma de abanico, seguida de su flexión**; desaparece hacia los 8-12 meses. La misma tabla distingue el **reflejo de Moro**, el **patelar** y la **prensión plantar**, que tienen estímulos y respuestas distintos.

1. Es la respuesta que la tabla atribuye al reflejo de Babinski.
2. El reflejo de Moro aparece ante un sonido intenso o una pérdida de sustentación: el bebé abre y luego cierra brazos y piernas, con las manos sobre la línea media del cuerpo.
3. El reflejo patelar se provoca con un golpe debajo de la rótula y produce la extensión de la pierna hacia delante.
4. La prensión plantar aparece al tocar la base de los dedos del pie, y la respuesta es la flexión de los dedos, con prensión del objeto si es posible.

TABLA 3.2 (EXTRACTO). ALGUNOS REFLEJOS DEL RECIÉN NACIDO

Nombre	Estimulación	Respuesta
Babinski	Presión suave sobre la planta del pie, del talón hacia los dedos	Extensión de los dedos del pie en forma de abanico, seguida de flexión de los dedos. Desaparece hacia los 8-12 meses
Moro	Sonido intenso, pérdida de sustentación, golpe sobre la superficie que sustenta al niño	Apertura y luego cierre de brazos y piernas, con cierre de manos sobre la línea media del cuerpo. Desaparece hacia los 6 meses
Patelar	Golpe debajo de la rótula	Extensión de la pierna hacia adelante
Prensión plantar	Contacto en la base de los dedos del pie	Flexión de los dedos, con prensión del objeto, si es posible

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 3, tabla 3.2 (edición digital sin paginar)

Ojo. Papalia y Martorell (2021, tabla 4.4, pág. 113) describen el Babinski de forma más escueta (el bebé tuerce los pies y abre los dedos) y sitúan su desaparición en el cuarto mes, no a los 8-12 meses.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

36

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 3

Según Vygotski, el lenguaje interno:

1. Precede en el desarrollo del niño al lenguaje social.
2. Suele empezar a utilizarse aproximadamente hacia los 10 años.
3. Tiene una función de planificación y regulación de la propia conducta. ✓
4. Tiene una ordenación gramatical similar a la del lenguaje social.

Para Vygotski el lenguaje interno planifica y regula la propia conducta

Vygotski observó que el **habla egocéntrica** aumentaba ante las dificultades de una tarea y concluyó que, además de la función expresiva que le daba Piaget, servía para la **planificación y regulación de la propia conducta**. Hacia los siete años se abrevia, pierde su aspecto sonoro y se transforma en **lenguaje interno**, una versión avanzada del egocéntrico. Según García Madruga y Delval, su función sigue siendo la toma de conciencia de una situación y la **planificación de la propia acción**, pero ya no es audible y su ordenación gramatical se diferencia notablemente de la del lenguaje social.

1. Para Vygotski el lenguaje tiene un origen social: el lenguaje egocéntrico traslada al plano individual formas sociales de comportamiento aprendidas antes, y después se interioriza. El lenguaje interno es la última fase, no la primera.
2. El manual sitúa la desaparición del habla egocéntrica hacia los siete años, y los estudios posteriores sitúan su interiorización cerca de los seis. No habla de los diez años.
3. Es la función que Vygotski atribuye al lenguaje egocéntrico y que conserva el lenguaje interno.
4. Ocurre lo contrario: su ordenación gramatical se diferencia notablemente de la del lenguaje social, con una sintaxis condensada que omite lo ya conocido.

> **Para fijarlo.** Lo que el preescolar se dice en voz alta mientras pinta, el adolescente se lo dice por dentro y en versión abreviada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 6, apartado sobre las relaciones entre lenguaje y pensamiento (edición digital sin paginar).

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 41

37 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

Mary Ainsworth diseñó un procedimiento de laboratorio, denominado "La situación extraña", mediante el cual se estudiaba el apego de niños entre 12 y 18 meses. Cuando se producía el reencuentro con la figura de apego en dicha prueba, aquellos niños que se interesaban más por los juguetes que por retomar el contacto con esta figura, podrían ser clasificados como apego:

1 Evitativo (Tipo A). ✓

2 Ambivalente (Tipo C).

3 Desorganizado (Tipo D).

4 Seguro (Tipo B).

El bebé que en el reencuentro prefiere los juguetes a su madre muestra apego evitativo

En la **situación extraña** de Ainsworth lo que tiene valor diagnóstico es la conducta del bebé **cuando el cuidador regresa**. Papalia y Martorell describen así a los bebés con **apego evasivo** (o evitativo): no se muestran afectados cuando el cuidador sale o regresa, suelen **seguir jugando** en la habitación e interactúan con el desconocido, y cuando el cuidador vuelve lo **ignoran o rechazan**. Los bebés con apego seguro, en cambio, expresan su preferencia por el cuidador en el reencuentro, y los ambivalentes buscan el contacto y a la vez se resisten a él.

1. Interesarse por los juguetes e ignorar al cuidador a su regreso es el patrón evitativo.
2. Los bebés con apego ambivalente siguen enojados cuando el cuidador regresa: buscan el contacto y a la vez se resisten a él, patean y son muy difíciles de calmar.
3. El apego desorganizado-desorientado, descrito por Main y Solomon, se reconoce por conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas, como buscar la cercanía con el extraño en lugar de la madre.
4. Los bebés con apego seguro expresan claramente su preferencia por el cuidador en el reencuentro: le sonríen, lo saludan y se acercan a él.

PATRONES DE APEGO SEGÚN PAPALIA Y MARTORELL

Patrón	Definición del manual
Seguro	Un lactante que siente angustia es capaz de obtener consuelo de una figura de apego
Evasivo	Es raro que un lactante llore cuando es separado del cuidador principal y evita el contacto a su regreso
Ambivalente (resistente)	Muestra ansiedad antes de que salga el cuidador principal, se muestra muy molesto durante su ausencia y a su regreso lo busca y a la vez se resiste al contacto
Desorganizado-desorientado	Después de la separación del cuidador principal, el bebé muestra conductas contradictorias, repetitivas o mal dirigidas a su regreso

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

> **Ojo.** El enunciado habla de niños de 12 a 18 meses. Papalia y Martorell dicen que en la situación extraña el bebé suele tener entre 10 y 24 meses, y que Ainsworth observó a niños de un año.

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. Se estudia con Papalia (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 18

38 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

Señale la respuesta CORRECTA respecto al paradigma de la "cara inmóvil" de Tronick:

1 Es un procedimiento de investigación que se emplea para medir la regulación mutua en lactantes. ✓

2 Es una teoría sobre el autismo que permite explicar las dificultades de teoría de la mente que presentan.

3 Tiene como limitación que no explica la transmisión intergeneracional del trauma.

4 Solo se ha comprobado en culturas occidentales.

La cara inmóvil de Tronick mide la regulación mutua entre el bebé y su cuidador

La **regulación mutua** es la capacidad del lactante y del cuidador para responder de manera apropiada y sensible a los estados emocionales y mentales del otro. Papalia, Wendkos Olds y Feldman presentan el **paradigma de la cara inmóvil** (Tronick et al., 1978) como el **procedimiento de investigación** que se utiliza normalmente para **medir la regulación mutua** en lactantes de dos a nueve meses. Tras una interacción normal, la madre se vuelve de piedra, silenciosa e indiferente, y luego retoma la interacción. Durante ese episodio los bebés dejan de sonreír y de mirarla, y hacen gestos o se tocan para consolarse.

1 Es la definición del manual: un procedimiento para medir la regulación mutua en lactantes.

2 Es un procedimiento de investigación con lactantes, no una teoría del autismo ni de la teoría de la mente.

3 El manual lo presenta como un procedimiento de medida y no le atribuye esa limitación. Además, señala que los bebés de padres sensibles y responsivos se consuelan mejor durante el episodio.

4 El manual dice que la reacción a la cara inmóvil es similar en culturas occidentales y orientales, y con padres y con madres.

Ojo. La 14.ª edición de Papalia y Martorell (2021, cap. 6, pág. 175) mantiene el concepto de regulación mutua, pero ya no describe el paradigma de la cara inmóvil; solo lo nombra de pasada como «procedimientos de rostro inexpresivo», al hablar de diferencias entre niñas y niños (pág. 168). Por eso se cita la 11.ª edición (2009), que es la obra que el Atlas usa como Ampliación del tema.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 252.

EN EL ATLAS: Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Se estudia con Papalia (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 45

39 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J4 · Función simbólica: representación, juego y dibujo

Respuesta correcta: 4

El juego funcional es un nivel del juego que:

1 Implica el uso de la función simbólica.

2 Es el más común en niños en edad escolar.

3 Implica el uso de objetos o materiales para formar algo, como una torre con cartas.

4 Supone la práctica repetida en movimientos musculares amplios, como rodar una pelota. ✓

El juego funcional es la práctica repetida de movimientos amplios

Papalia y Martorell recogen las **cuatro categorías de juego** de **Smilansky** (1968), ordenadas por su complejidad cognoscitiva creciente, aunque pueden darse a cualquier edad. La más simple, que empieza en la infancia, es el **juego funcional** o locomotriz: la **práctica repetida de movimientos de los músculos largos**, como hacer rodar una pelota. Le siguen el **juego constructivo**, que usa objetos o materiales para construir algo; el **juego dramático**, con objetos, acciones o papeles imaginarios, que alcanza su máximo en los años preescolares; y los juegos formales con reglas, propios de la edad escolar.

1 Los objetos, acciones o papeles imaginarios definen el juego dramático o de simulación, la tercera categoría.

2 En la edad escolar ganan peso los juegos formales con reglas, mientras el juego dramático disminuye. El funcional es el más simple y empieza en la infancia.

3 Usar objetos o materiales para construir algo es el juego constructivo, la segunda categoría.

4 Es la definición del manual, con el mismo ejemplo de la pelota.

CATEGORÍAS DE JUEGO DE SMILANSKY

Categoría	Definición del manual
Juego funcional (locomotriz)	Juego que implica movimientos repetitivos de los músculos largos
Juego constructivo (con objetos)	Juego que implica el uso de objetos o materiales para hacer algo
Juego dramático	Juego que implica personas o situaciones imaginarias; se conoce también como juego de simulación, juego de fantasía o juego imaginativo
Juegos formales con reglas	Organizados con procedimientos y penalizaciones conocidas

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 8, págs. 241-242

Ojo. Las opciones copian la redacción de la 11.ª edición (Papalia, 2009, cap. 11, pág. 340): «práctica repetida en movimientos musculares amplios» para el juego funcional y un juego dramático que «depende de la función simbólica». La 14.ª habla de músculos largos y ya no menciona la función simbólica, pero las categorías son las mismas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 241-242.

EN EL ATLAS

Tema J4 · Función simbólica: representación, juego y dibujo. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Ampliación).

40

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L9 · Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad

Respuesta correcta: 3

En el estudio de la personalidad, ¿qué método tiene al análisis factorial como la metodología estadística más utilizada?:

1. El método clínico.
2. La metodología cualitativa.
3. El método correlacional. ✓
4. El método experimental.

El análisis factorial es la herramienta característica del método correlacional

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán distinguen tres aproximaciones tradicionales en la investigación de la personalidad: la **clínica**, la **correlacional** y la **experimental**. La correlacional **mide**, sin manipularlas, variables en las que difieren las personas y comprueba si se relacionan y en qué grado. Sus procedimientos van de la simple correlación a los modelos de ecuaciones estructurales y los análisis de regresión o factorial, todos basados en correlaciones. El manual señala como rasgo propio de esta estrategia en personalidad el **uso del análisis factorial**, junto con las escalas de medida y el concepto de **rasgo**.

1. El método clínico pone el énfasis en la observación y en el estudio holístico del individuo, sin planificar las situaciones ni estandarizar la observación.
2. El capítulo no incluye la metodología cualitativa entre las tres aproximaciones tradicionales, y el análisis factorial es una técnica cuantitativa basada en correlaciones.
3. El manual atribuye a la estrategia correlacional el uso del análisis factorial como técnica.
4. El método experimental busca relaciones de causa-efecto manipulando las potenciales causas, no midiendo relaciones naturales entre muchas variables.

Ojo. El PDF del corpus no conserva la numeración impresa, así que se cita el capítulo y el apartado sin página.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 3, apartados 7.1-7.3.

EN EL ATLAS

Tema L9 · Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2017 (Ampliación).

41

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 4

¿Qué plantea la Teoría de los Constructos Personales de Kelly (1955)?:

1 Que las atribuciones internas, estables y generales de los fracasos promueven la depresión.

2 Que, a la hora de resolver problemas, la gente no emplea ni sistemas lógicos ni reglas formales de inferencia, sino modelos mentales más sencillos, prácticos y situacionales.

3 Que las personas se definen por rasgos cuantitativos, bipolares o unipolares, generales, transituacionales y analíticos.

4 Que los procesos cognitivos son activos, y que conocer consiste en organizar e integrar información que se está recibiendo continuamente, pero de forma idiosincrásica e individual. ✓

Para Kelly conocer es organizar la experiencia de forma activa y personal

Rodríguez Morejón resume la idea básica del **constructivismo**: la realidad que se percibe está determinada por la **estructura cognitiva** de quien conoce, y no existe una realidad independiente del sujeto. Las personas somos **procesadores activos de información**, y la visión prototípica es la del **científico personal** de Kelly, que construye teorías para anticipar los sucesos de su vida. Esas teorías son los **constructos personales**, que son individuales, dicotómicos, organizados jerárquicamente y aplicables a un rango de conductas. Los contenidos de la estructura cognitiva son distintos en cada sujeto, aunque puede haber semejanzas entre personas de una misma cultura.

1 Las atribuciones internas, estables y globales del fracaso pertenecen a la reformulación atribucional de la indefensión aprendida, no a la teoría de Kelly.

2 Describe la teoría de los modelos mentales de Johnson-Laird, que González Labra presenta como marco teórico alternativo y contrapuesto a cualquier concepción de reglas mentales en el razonamiento. No tiene que ver con Kelly.

3 Describe el concepto de rasgo de los modelos estructurales de la personalidad. Kelly propone constructos individuales y dicotómicos que se activan según la situación.

4 Recoge la idea constructivista de un conocimiento activo, organizado y propio de cada persona, que es el marco de la teoría de Kelly.

Para fijarlo. En Kelly cada persona es un pequeño científico con sus propias teorías, y la terapia le ayuda a construir otras que anticipen mejor lo que va a pasar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 321-325.
González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 135.

EN EL ATLAS

Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base). González Labra es Base del tema I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas.

42

PSICOLOGÍA SOCIAL

M2 · El yo social y la cultura

Respuesta correcta: 1

¿Qué repercusiones tiene la discrepancia entre distintos dominios de la identidad, o guías del yo, según la Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins (1987)?:

1. Una discrepancia entre la identidad real (o "Yo Real") y la identidad ideal (o "Yo Ideal") se relaciona con la depresión. ✓
2. Una discrepancia entre la identidad real (o "Yo Real") y la identidad obligatoria (o "Yo que Debería") se relaciona con la vergüenza.
3. Una discrepancia entre la identidad obligatoria (o "Yo que Debería") y la identidad asumida (o "Yo que me Asigno") se relaciona con la motivación de logro.
4. Una discrepancia entre la identidad real (o "Yo Real") y la identidad posible (o "Yo Potencial") se relaciona con la frustración.

La discrepancia entre el yo real y el ideal se asocia a la tristeza y, a la larga, a la depresión

Según la **teoría de la autodiscrepancia** de Higgins (1987), tenemos tres autoesquemas: el **yo real**, cómo creemos que somos; el **yo ideal**, cómo nos gustaría ser; y el **yo responsable**, cómo creemos que deberíamos ser. El ideal y el responsable funcionan como guías, y las discrepancias entre ellas y el yo real provocan malestar. Según Gaviria, López y Cuadrado, la discrepancia entre el yo real y el ideal ocasiona **desánimo, tristeza y frustración** y, si se mantiene, puede provocar **depresión**; la discrepancia entre el yo real y el responsable suscita vergüenza, culpa y ansiedad.

1. Es lo que pronostica la teoría para la discrepancia entre el yo real y el ideal.
2. Gaviria, López y Cuadrado atribuyen a la discrepancia entre el yo real y el responsable «vergüenza, culpa y ansiedad», así que con ese manual la afirmación parecería cierta. Cervone y Pervin, en cambio, la asocian con el desasosiego y la ansiedad, y no mencionan la vergüenza. La clave oficial es la 1.
3. La teoría no habla de un «yo que me asigno» ni relaciona las discrepancias con la motivación de logro, sino con malestar emocional.
4. Los yos posibles proceden de otra propuesta (Markus y Nurius) y no forman parte de las guías de Higgins. La frustración aparece en la discrepancia entre el yo real y el ideal.

DISCREPANCIAS DEL YO Y EMOCIONES ASOCIADAS (HIGGINS, 1987)

Discrepancia	Qué provoca según el manual
Yo real y yo ideal	Sentimientos de desánimo, tristeza y frustración; si se mantiene constante, a largo plazo puede provocar depresión
Yo real y yo responsable	Sentimientos de vergüenza, culpa y ansiedad
Ausencia de discrepancia	Sentimientos de felicidad, satisfacción y seguridad en uno mismo

Fuente: Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 5, pág. 127

Ojo. Con el texto de Gaviria, López y Cuadrado (pág. 127) la opción 2 también sería verdadera, porque atribuyen la vergüenza a la discrepancia entre el yo real y el responsable. Cervone y Pervin (2009, cap. 13, págs. 413-414) describen la teoría de otro modo: la discrepancia real-ideal produce tristeza o decepción y se asocia a la depresión clínica, y la discrepancia real-debería produce desasosiego y ansiedad y se asocia a la fobia social. El Ministerio mantuvo la 1 como única clave y no anuló la pregunta. Conviene recordar los dos pares completos: real-ideal con tristeza y depresión, real-responsable con ansiedad (y, en Gaviria, también vergüenza y culpa).

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. 5, págs. 126-127. Cervone, D. y Pervin, L. A. (2009). Personalidad: teoría e investigación (2.ª ed.). Manual Moderno. Cap. 13, págs. 413-414.

EN EL ATLAS Tema M2 · El yo social y la cultura. Se estudia con Gaviria (Base).

43

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H13 · Afectividad negativa y positiva

Respuesta correcta: 3

Fredrickson y Losada (2005) hablan de una ratio de «positividad» que puede ser representada como el cociente entre las emociones positivas y negativas (EP/EN). ¿Qué postulan estos autores?:

1. Que debería haber un equilibrio entre emociones positivas y negativas en una proporción de 1:1.
2. Que las personas son naturalmente optimistas y alegres («sesgo de positividad») por lo que esta ratio tenderá naturalmente a ser el doble de emociones positivas que de negativas; es decir, una proporción de 2:1.
3. Que las personas tienden a sentirse solo ligeramente felices («sesgo de negatividad») por lo que, para lograr un funcionamiento óptimo, las emociones positivas deberían superar a las negativas en una proporción de 3:1. ✓
4. Que las personas con emociones negativas suelen tener más posibilidades de supervivencia por lo que, para lograr un funcionamiento óptimo, las emociones negativas deberían superar a las positivas en una proporción de 1:2.

Fredrickson y Losada proponen tres emociones positivas por cada negativa

Bermúdez recoge la **ratio de positividad** que Fredrickson y Losada (2005) definen como el cociente entre las emociones positivas y negativas experimentadas a lo largo del tiempo. Como lo malo tiene más impacto que lo bueno y, en general, las personas se sienten la mayor parte del tiempo **solo ligeramente felices** (el **sesgo de negatividad**), estos autores postulan que las emociones positivas deberían superar a las negativas en una proporción de **3:1**, a partir de la cual se produciría un **funcionamiento óptimo**. Esa tasa explicaría la capacidad de algunas personas para resistir la adversidad, porque las emociones positivas contrarrestan los efectos nocivos de las negativas.

1. El manual no habla de equilibrio. La proporción necesaria para el funcionamiento óptimo es de 3 a 1 a favor de las emociones positivas.
2. El manual parte del sesgo de negatividad, no de un optimismo natural, y la proporción que proponen los autores es de 3:1.
3. Reproduce el planteamiento del manual: sesgo de negatividad y proporción de 3:1 para un funcionamiento óptimo.
4. Invierte la proporción. Según los autores, son las emociones positivas las que deben superar a las negativas.

Para fijarlo. Como lo malo pesa más, hacen falta tres experiencias buenas para compensar una mala.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, pág. 298.

EN EL ATLAS Tema H13 · Afectividad negativa y positiva. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 42

44 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 1

Respecto a las investigaciones que estudian la similitud genética y fenotípica en personalidad, usando las correlaciones con los Cinco Grandes rasgos de personalidad entre gemelos monocigóticos (MC) y dicigóticos (DC), podemos concluir que:

1. Las correlaciones en MC son más altas que en DC, lo que apoya la importancia de la influencia genética en estas dimensiones de personalidad. ✓
2. Las similitudes en las correlaciones que se dan en gemelos MC son debidas a influencias ambientales no compartidas.
3. Los estudios con gemelos MC y DC han demostrado fehacientemente que no existen influencias genéticas en la personalidad y que las tendencias de respuesta son aprendidas.
4. Las correlaciones en neuroticismo para gemelos MC son máximas, lo que implica que este rasgo está exclusivamente influenciado por factores genéticos.

Que los gemelos idénticos se parezcan más que los fraternos apoya una influencia genética

Bermúdez recoge en la **tabla 3.1** las correlaciones entre **gemelos monocigóticos (MC)**, que comparten el 100 % de los genes, y **dicigóticos (DC)**, que comparten el 50 %, en las cinco grandes dimensiones (Moore et al., 2010). Las de los MC son más elevadas en todas ellas, lo que apoya **cierta influencia genética**. Pero no son máximas, es decir, no llegan a 1, que es lo que cabría esperar si los rasgos dependieran solo de la herencia. Si los gemelos MC se han criado juntos, sus diferencias deben atribuirse a las **influencias ambientales no compartidas**.

1. Es la conclusión que el manual extrae de la tabla.
2. Según el manual, las influencias ambientales no compartidas explican las diferencias entre gemelos MC criados juntos. La similitud entre ellos refleja los genes y el ambiente que han compartido (pág. 118).
3. Los estudios apoyan lo contrario: la mayor semejanza de los MC indica que los factores genéticos tienen cierta influencia en la personalidad.
4. Ninguna correlación entre gemelos MC es máxima. La de neuroticismo es de 0,58, por debajo de la de apertura (0,65), y si el rasgo fuera exclusivamente genético debería acercarse a 1.

TABLA 3.1. CORRELACIONES ENTRE PUNTUACIONES DE GEMELOS MC Y DC EN LAS CINCO DIMENSIONES BÁSICAS DE PERSONALIDAD (ADAPTADO DE MOORE Y COL., 2010)

	MC	DC
Extraversión	0,49	0,28
Afabilidad	0,48	0,27
Tesón	0,46	0,17
Neuroticismo	0,58	0,18
Apertura	0,65	0,32
Media	0,53	0,24

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 3, tabla 3.1, pág. 119

Ojo. Sánchez-Elvira, Base del tema, plantea la misma lógica: si en un rasgo los gemelos monocigóticos se parecen más entre sí que los dicigóticos, se puede concluir que en él intervienen factores genéticos. En su cuadro 10.2 recoge que Loehlin y McNichols (1976) encontraron que los monocigóticos se asemejaban más que los dicigóticos en variables como la dominancia o la sociabilidad, con una heredabilidad estimada de alrededor del 50 % (cap. 10, pág. 523).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 3, págs. 117-119, tabla 3.1. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 523 (cuadro 10.2).

EN EL ATLAS Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Bermúdez 2011 (Ampliación) y Sánchez-Elvira (Base).

45

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 2

¿Qué indican los estudios longitudinales sobre la estabilidad de las cinco grandes dimensiones de personalidad a lo largo de la vida?:

1. Un 51% de la población no cambia su personalidad, un 35% la cambia algo y un 14% la cambia mucho.
2. La correlación de los rasgos de personalidad en los mismos sujetos, medidos en momentos temporales diferentes, permanece muy estable a lo largo de la vida. ✓
3. Las personas muy extravertidas de jóvenes tienen alto neuroticismo de adultas.
4. Las personas son muy conscientes de los cambios en su personalidad y de que hay una correlación muy alta entre la percepción de cambio y el cambio objetivo.

La posición relativa de cada persona en los rasgos se mantiene muy estable en la vida adulta

Para saber si cambia la posición de cada persona respecto a su grupo, Costa y McCrae (1988) evaluaron a adultos de 25 a 84 años con un intervalo de seis años (tres en afabilidad y tesón), con **autoinformes** y **heteroinformes** del cónyuge. Bermúdez explica que los **coeficientes de estabilidad**, las correlaciones entre la primera y la segunda medición, mostraron una significativa estabilidad y, corregidos por la falta de fiabilidad de las medidas, todos superaban 0,90, lo que indica una **extraordinaria estabilidad temporal**. Quien estaba por encima de la media en neuroticismo a los 25 años sigue estándolo a los 40, aunque su puntuación absoluta haya cambiado. Las impresiones de **cambio subjetivo** no se corresponden con esos datos objetivos.

1. Los porcentajes del 51, 35 y 14 % describen lo que las personas creían haber cambiado. Según los datos objetivos, incluso las que creían haber cambiado mucho habían cambiado tan poco como las demás (pág. 167).
2. Es lo que indican los coeficientes de estabilidad de los estudios longitudinales de Costa y McCrae.
3. El manual no relaciona la extraversión juvenil con el neuroticismo adulto. Lo que se mantiene es la posición de cada persona en cada rasgo.
4. Ocurre lo contrario: las impresiones subjetivas de cambio son inconsistentes con los datos objetivos, que muestran pocos cambios ligados a la edad.

Trampa. La opción 1 toma las cifras reales del estudio, pero las aplica al cambio objetivo cuando describen el cambio percibido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 4, págs. 164-167.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 43

46

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

Los planteamientos socio-cognitivos sobre el estudio de la personalidad:

1. Son criticados porque no tienen en cuenta aspectos como los valores, intereses, metas y proyectos vitales de las personas.
2. Se focalizan en el modo en que la persona elabora y maneja cada situación particular, en lugar de inferir los rasgos que tiene generalmente. ✓
3. Sostienen que los rasgos pueden predecir el comportamiento de individuos concretos en circunstancias concretas.
4. Sostienen que las personas extravertidas lo son porque se comportan de modo extravertido en todas las situaciones.

El enfoque sociocognitivo atiende a cómo la persona maneja cada situación concreta

Bermúdez parte de las limitaciones del **concepto de rasgo**: permite hacer **predicciones promediadas**, aplicables a distintas situaciones, pero no predecir la conducta de un individuo en una situación específica, y la observación muestra que la conducta cambia de unas situaciones a otras. El **planteamiento sociocognitivo** responde a esa paradoja. Siguiendo a **Mischel**, sostiene que la discriminabilidad de la conducta y la complejidad de las interacciones entre persona y situación aconsejan **focalizarse en el modo en que la persona elabora y maneja cada situación particular**, en vez de inferir los rasgos que tiene en general.

1. Ocurre lo contrario: los valores, intereses, metas y proyectos vitales son uno de los cinco grupos de variables con que el enfoque sociocognitivo describe los recursos de la persona.
2. Es la cita de Mischel con la que el manual resume el planteamiento sociocognitivo.
3. El manual atribuye a los rasgos la limitación contraria: permiten predicciones promediadas, pero no predecir la conducta de un individuo en una situación específica.
4. Es la expectativa que el enfoque sociocognitivo critica en el modelo de rasgos, porque la observación muestra que la persona extravertida se comporta de forma distinta según la situación.

> **Trampa.** Las opciones 3 y 4 describen, en positivo o en negativo, el modelo de rasgos, que es lo que el enfoque sociocognitivo discute.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 9, págs. 402-405. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 7, apartados 1 y 2.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 103, PIR 2024 · n.º 44

47 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo de capacidades mentales primarias de Thurstone es CORRECTA?:

1 Confirma la existencia del factor G de inteligencia del modelo bifactorial de Spearman.

2 Considera que la Rapidez Perceptiva es la habilidad necesaria para la realización de aquellos procesos de razonamiento que van de lo específico a lo general.

3 Postula la existencia de once factores independientes entre sí.

4 Se basa, del mismo modo que el modelo de Spearman, en el análisis factorial. ✓

Thurstone usó el mismo análisis factorial que Spearman y llegó a la conclusión opuesta

Sánchez-Elvira explica que **Thurstone**, como **Spearman**, hizo aportaciones al análisis factorial: desarrolló el **análisis factorial múltiple** y la rotación hacia la estructura simple. Aunque los dos se basaron en la **misma técnica estadística**, llegaron a conclusiones diametralmente opuestas. Thurstone postuló **siete factores independientes** entre sí que daban cuenta de las correlaciones entre los tests de inteligencia, de modo que Spearman se equivocaba al postular un factor g único y general, y era más útil evaluar la inteligencia como un perfil de aptitudes. Esas **aptitudes mentales primarias** son razonamiento inductivo, memoria, capacidad numérica, rapidez perceptiva, visualización espacial, comprensión verbal y fluidez verbal.

1 Thurstone llegó a la conclusión contraria: consideró que Spearman estaba equivocado al postular un factor g único y general.

2 Esa definición corresponde al razonamiento inductivo. La rapidez perceptiva es la habilidad para detectar y reconocer con rapidez y precisión detalles o estímulos.

3 Thurstone postuló siete factores independientes, no once.

4 Ambos modelos se basaron en el análisis factorial, aunque llegaron a conclusiones opuestas.

Trampa. La opción 2 toma la definición del razonamiento inductivo y le pone el nombre de otra aptitud del mismo modelo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 222 y 237-238 (cuadro 5.13).

EN EL ATLAS

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

48

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

Señale la respuesta CORRECTA sobre el modelo de inteligencia Cattell-Horn:

1. La morfología de la inteligencia se podría representar a partir de un cubo tridimensional general formado por 120 cubos pequeños o «aptitudes mentales independientes».
2. Es un modelo no jerárquico que confirma la teoría bifactorial de Spearman.
3. Existen una serie de factores de primer orden como la «inteligencia fluida (Gf)», la «inteligencia cristalizada (Gc)», la «inteligencia visual (Gv)», la «capacidad de recuperación (Gr)» y la «velocidad cognitiva (Gs)».
4. Tendríamos dos factores de tercer orden: La inteligencia fluida histórica (Gf-h) y un factor de aprendizaje común (Se). ✓

El modelo de Cattell-Horn sitúa en su tercer nivel la inteligencia fluida histórica y el aprendizaje común

Sánchez-Elvira presenta el **modelo Gf-Gc** de Cattell y Horn como una **jerarquía mixta**, porque no contempla un factor g y se centra en los factores de segundo orden. La inteligencia se organiza en tres niveles. En el más básico están los **factores de primer orden** (aptitudes primarias de Thurstone y algunas de Guilford). En el segundo, cinco factores de segundo orden: inteligencia fluida (Gf), cristalizada (Gc), visual (Gv), capacidad de recuperación (Gr) y velocidad cognitiva (Gs). En el tercero, dos **factores de tercer orden**: la **inteligencia fluida histórica (Gf-h)**, u originaria, y un factor de **aprendizaje común**, adquirido fundamentalmente en el ambiente escolar y familiar. En el párrafo siguiente el manual llama Se al aprendizaje adquirido mediante la educación.

1. El cubo tridimensional de 120 cubos pequeños o «aptitudes mentales independientes» es la representación del modelo de la estructura del intelecto de Guilford.
2. El manual lo califica de jerarquía mixta y explica que Cattell se desmarca de la concepción unitaria de Spearman al plantear dos factores generales de segundo orden en lugar de un único factor general.
3. Gf, Gc, Gv, Gr y Gs son los cinco factores de segundo orden. En el primer nivel están las aptitudes mentales primarias.
4. Son los dos factores de tercer orden que describe el manual, la inteligencia fluida histórica (Gf-h) y el aprendizaje común, adquirido en la escuela y la familia (pág. 248).

Trampa. La opción 3 baja al primer nivel los cinco factores de segundo orden. Gf y Gc son de segundo orden, aunque sean los más conocidos del modelo.

Para fijarlo. Abajo las aptitudes primarias, en medio las cinco G y arriba la inteligencia fluida histórica, o heredada, junto con lo aprendido en la escuela y la familia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 242 y 247-248.

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

49

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes definiciones sobre las dimensiones del modelo de los Cinco Grandes factores es CORRECTA?:

1. Un individuo con alta puntuación en neuroticismo tendrá tendencia a sentirse seguro de sí mismo.
2. La extraversión evalúa la búsqueda activa y el aprecio por la experiencia, la tolerancia y exploración de lo no familiar.
3. Un individuo con baja puntuación en apertura a la experiencia será curioso, imaginativo y poco tradicional.
4. La voluntad y minuciosidad diferencia a las personas serias y formales de las informales y descuidadas. ✓

La voluntad o minuciosidad separa a las personas serias y formales de las informales y descuidadas

Las cuatro opciones salen de la **tabla 7.2** de Sánchez-Elvira, adaptada de Costa y McCrae (1992), que describe cada factor y los rasgos de sus polos alto y bajo. De la **voluntad o minuciosidad** (conscientiousness) dice que evalúa el grado de organización, persistencia y motivación para la conducta dirigida a metas, y que **diferencia a las personas serias, formales, exigentes, de aquellas otras que son informales, descuidadas**, indiferentes y poco rigurosas. Los tres distractores toman definiciones de la misma tabla y las atribuyen al factor o al polo equivocado: el **neuroticismo** alto, la **extraversión** y la **apertura a la experiencia** baja.

1. La persona con alta puntuación en neuroticismo se describe como preocupada, nerviosa, emocional, insegura e hipocondríaca. Sentirse seguro corresponde al polo bajo.
2. La búsqueda activa y el aprecio por la experiencia, junto con la tolerancia y la exploración de lo no familiar, definen la apertura a la experiencia. La extraversión evalúa la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, el nivel de actividad y la necesidad de estimulación.
3. Curioso, imaginativo y no tradicional describe la puntuación alta en apertura. La baja corresponde a alguien convencional, práctico, realista y con pocos intereses.
4. Es la definición que la tabla da de la voluntad o minuciosidad.

TABLA 7.2. LOS 5 FACTORES: ESCALAS DE RASGO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS POLOS ALTO Y BAJO (ADAPTADO A PARTIR DE COSTA Y MCCRAE, 1992)

Factor	Alta puntuación	Rasgos	Baja puntuación
Neuroticismo (Neuroticism)	Preocupado, nervioso, emocional, inseguro, hipocondríaco	Evalúa ajuste vs. inestabilidad emocional. Identifica a individuos con tendencia al malestar psicológico, ideas irreales, excesiva vehemencia o ansia y respuestas de afrontamiento desadaptativas	Calma, relajado, no emocional, seguro, resistente, autosatisfecho
Extraversión (Extraversion)	Sociable, activo, hablador, orientado a las personas, optimista, amante de la diversión, afectuoso	Evalúa la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales; nivel de actividad; necesidad de estimulación; capacidad para el disfrute y el gozo	Reservado, sobrio, no eufórico, orientado a la tarea, retraído, callado
Apertura a la experiencia (Openness)	Curioso, amplios intereses, creativo, original, imaginativo, no tradicional	Evalúa la búsqueda activa y aprecio por la experiencia; tolerancia y exploración de lo no familiar	Convencional, práctico, realista, pocos intereses
Sensibilidad a las relaciones interpersonales (Agreeableness)	Compasivo, afable, confiado, atento, no rencoroso, crédulo, franco	Evalúa la calidad de la orientación interpersonal a lo largo de un continuo que va desde la compasión hasta el antagonismo (oposicionismo) en los pensamientos, los sentimientos y las conductas	Cínico, rudo, suspicaz, no cooperativo, vengativo, despiadado, irritable, manipulador
Voluntad o minuciosidad (Conscientiousness)	Organizado, formal, trabajador, puntual, escrupuloso, ordenado, ambicioso, perseverante	Evalúa el grado de organización, persistencia y motivación para la conducta dirigida a metas. Diferencia a las personas serias, formales, exigentes, de aquellas otras que son informales, descuidadas, indiferentes, y poco rigurosas	Sin objetivos, informal, perezoso, descuidado, indisciplinado, poca voluntad

Fuente: Sánchez-Elvira (2005), cap. 7, tabla 7.2, pág. 365

Ojo. Bermúdez et al. (2017), Base del tema, llaman tesón a este factor y lo definen como el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a objetivos; quien puntúa bajo es perezoso, descuidado y poco digno de confianza. También llaman afabilidad y apertura mental a los factores que Sánchez-Elvira denomina sensibilidad a las relaciones interpersonales y apertura a la experiencia (cap. 5, apartado 3.1).

Trampa. Dos distractores son definiciones literales de la tabla con el factor cambiado (opción 2) o con el polo invertido (opciones 1 y 3).

Para fijarlo. Las cuatro opciones vienen de la misma tabla: antes de elegir, comprueba el factor y también el polo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, tabla 7.2, pág. 365. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 5, apartado 3.1.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 109

50 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H1 · Introducción e historia de las diferencias individuales

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes se considera una de las principales aportaciones de Francis Galton al estudio de la Psicología Diferencial?:

1 La sistematización conceptual contemporánea de la disciplina.

2 El uso del tiempo de reacción para medir variables como la atención, la fatiga o los efectos de la práctica.

3 El desarrollo del método sustractivo, origen de la cronometría mental.

4 La creación de pruebas y estrategias de evaluación para obtener medidas directas de las funciones mentales. ✓

Galton creó pruebas para obtener medidas directas de las funciones mentales

Sánchez-Elvira resume las aportaciones de **Galton** en cuatro puntos: el modelo y objeto de estudio de las diferencias individuales, la **creación de numerosas pruebas y estrategias de evaluación para obtener medidas directas de las funciones mentales**, el enfoque cuantitativo con sus procedimientos estadísticos y los métodos para estudiar el origen de las diferencias. Galton diseñó situaciones experimentales para medir habilidades sensoriomotoras que suponía la base de la inteligencia. Los distractores atribuyen a Galton logros de otros autores del mismo capítulo: la **sistematización conceptual** de Binet, Henri y Stern, el uso del tiempo de reacción de **J. McKeen Cattell** y el **método sustractivo** de Donders.

1 La sistematización conceptual de la disciplina se sitúa en dos hitos, el artículo de Binet y Henri de 1895 y las obras de William Stern.

2 Es una aportación de J. McKeen Cattell, que consideró el tiempo de reacción una medida fundamental y estudió con ella la atención, la fatiga o los efectos de la práctica.

3 El método sustractivo, que dio origen a la cronometría mental, lo ideó Franz Cornelius Donders.

4 Es una de las cuatro contribuciones principales que el manual atribuye a Galton.

Para fijarlo. Galton mide, Cattell cronometra con el tiempo de reacción, Donders resta tiempos y Binet, Henri y Stern ponen nombre a la disciplina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 27-31, 33-34 y 36.

EN EL ATLAS: Tema H1 · Introducción e historia de las diferencias individuales. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

51

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial

Respuesta correcta: 1

¿Con qué nombre se conoce al concepto que alude al conjunto de costumbres, sentimientos e ideales que hacen relativamente estables y predecibles las reacciones de un individuo?:

1 Carácter. ✓

2 Temperamento.

3 Constitución.

4 Estilo cognitivo.

El carácter es el conjunto de costumbres, sentimientos e ideales que hace predecibles las reacciones

Sánchez-Elvira dedica sendos cuadros al temperamento y al carácter. Del **carácter** dice que representa, en términos generales, aquel **conjunto de costumbres, sentimientos e ideales, o valores, que hacen relativamente estables y predecibles las reacciones de un individuo**. Lo distingue del **temperamento**, que define con Rothbart y Aradi como las diferencias individuales de carácter constitucional que se manifiestan en la reactividad fisiológica y la autorregulación, con origen genético y base biológica. La **constitución** es, en la definición de Eysenck, el sector somático de la personalidad, y los **estilos cognitivos** son variables estilísticas del comportamiento.

1. Es la definición de carácter que da el manual.
2. El temperamento alude a diferencias de carácter constitucional en la reactividad fisiológica y la autorregulación, con origen genético y base biológica.
3. La constitución es el sector somático, uno de los cuatro sectores en que Eysenck organiza los patrones de comportamiento junto con la inteligencia, el carácter y el temperamento.
4. Los estilos cognitivos son variables estilísticas del comportamiento que dan cuenta de las diferencias en la forma de la actividad mental, sin aludir a su contenido.

Para fijarlo. El temperamento viene de serie con la biología; el carácter se forma con costumbres, sentimientos e ideales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 3, cuadros 3.4 y 3.5, págs. 124-125 y 127.

EN EL ATLAS

Tema H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

52

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

En el estudio de la inteligencia, ¿con qué nombre se conoce al tiempo mínimo necesario que tarda una persona en reconocer correctamente un estímulo que es presentado durante un período temporal muy breve?:

1 Tiempo de reacción simple.

2 Tiempo de reacción de elección.

3 Tiempo de inspección. ✓

4 Tiempo de decisión.

El tiempo de inspección mide la velocidad de aprehensión de un estímulo muy breve

Sánchez-Elvira define el **tiempo de inspección** (TI) como el **tiempo mínimo necesario que una persona tarda en reconocer de forma correcta un estímulo presentado durante un espacio de tiempo muy corto**. El TI no tiene que ver con el tiempo de reacción sino con la **velocidad de aprehensión**: la persona dispone del tiempo que necesite para responder, y lo que se reduce es la duración de la exposición del estímulo. El **tiempo de reacción** (TR), en cambio, es el tiempo entre la presentación de un estímulo y la emisión de la respuesta, y en él se distinguen el tiempo de decisión y el de movimiento.

1. El tiempo de reacción simple es una medida de latencia de respuesta. El manual recuerda que en las tareas de TI no hay tiempo de reacción.
2. El tiempo de reacción de elección también es un tiempo de reacción, medido por la latencia de la respuesta. El manual recoge que presenta correlaciones con la inteligencia más altas que el simple (cuadro 6.5, pág. 290).
3. Es la definición literal de tiempo de inspección.
4. El tiempo de decisión es el componente del TR asociado al procesamiento de la información, distinto del tiempo de movimiento.

> **Para fijarlo.** En el TI se acorta lo que dura el estímulo; en el TR se mide lo que tarda la respuesta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 288-291.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 50

53 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Sobre la Escala de Comprobación de Psicopatía Revisada (PCL-R) de Robert Hare, estudios factoriales arrojaron la existencia de 2 factores. ¿Cuál de estos ítems NO forma parte de ninguno de los dos factores?:

1 Estilo de vida parasitario.

2 Impulsividad.

3 Problemas de conducta tempranos.

4 Maquiavelismo. ✓

El maquiavelismo no figura entre los ítems de la PCL-R

La **PCL-R** de Hare tiene 20 ítems y, en su versión revisada, dos factores. El **factor I, desapego emocional**, reúne los rasgos interpersonales y afectivos (locuacidad y encanto superficial, sensación grandiosa de autovalía, mentiras patológicas, manipulación, ausencia de remordimiento, escasa profundidad afectiva, falta de empatía y no aceptar la responsabilidad). El **factor II, estilo de vida inestable y antisocial**, incluye entre otros el estilo de vida parasitario, los problemas de conducta tempranos y la **impulsividad**. Ninguno de los 20 ítems se llama **maquiavelismo**. Belloch 2008 añade que tres ítems, conducta sexual promiscua, relaciones inestables y versatilidad criminal, no cargan por encima de 0,40 en ningún factor.

1. El estilo de vida parasitario es el ítem 9 y pertenece al factor II.
2. La impulsividad es el ítem 14 y pertenece al factor II.
3. Los problemas de conducta tempranos son el ítem 12 y pertenecen al factor II.
4. El maquiavelismo no es un ítem de la escala, así que no forma parte de ningún factor.

Ojo. Los ítems que de verdad quedan fuera de los dos factores son la conducta sexual promiscua, las relaciones inestables y la versatilidad criminal (nota de la tabla 17.2). La pregunta se resuelve sin ellos porque el maquiavelismo ni siquiera es un ítem.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, tabla 17.2, pág. 486.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con Belloch 2008 (Consulta).

54 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes criterios diagnósticos NO forma parte del trastorno de la personalidad esquizotípica según el DSM-5:

1. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
2. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
3. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia. ✓
4. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

No desear ni disfrutar las relaciones íntimas pertenece al trastorno de la personalidad esquizoide

El **trastorno de la personalidad esquizotípica** exige en el DSM-5 cinco o más de nueve criterios: ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales, pensamiento y discurso extraños, suspicacia, afecto inapropiado o limitado, comportamiento o aspecto **excéntrico**, falta de **amigos íntimos** aparte de los familiares de primer grado y **ansiedad social** que no disminuye con la familiaridad. «No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia» es el **criterio A1** del trastorno de la personalidad esquizoide.

1. Es el criterio A8 del esquizotípico, que coincide con el A5 del esquizoide.
2. Es el criterio A7 del esquizotípico.
3. Es el criterio A1 del esquizoide.
4. Es el criterio A9 del esquizotípico.

Trampa. La opción 1 es también criterio del esquizoide, y eso hace dudar, pero pertenece a la lista del esquizotípico.

Para fijarlo. El esquizotípico puede expresar infelicidad por su falta de relaciones aunque su conducta sugiera poco deseo de contacto; el esquizoide ni desea ni disfruta las relaciones íntimas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad esquizoide, pág. 653; trastorno de la personalidad esquizotípica, págs. 655-656.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 111, PIR 2018 · n.º 139

55 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes NO es un tipo de demencia frontotemporal?:

1 Afasia progresiva primaria no fluente.

2 Afasia progresiva primaria fluente, variante semántica (antes llamada demencia semántica).

3 Demencia frontotemporal variante conductual.

4 Síndrome CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy). ✓

El CADASIL es una causa hereditaria de TNC vascular

Belloch distingue cuatro variantes principales de la **demencia frontotemporal**: la **variante conductual** y tres síndromes de **afasia primaria progresiva**, la variante semántica (antes demencia semántica), la agramática o no fluente y la logopénica. El DSM-5 recoge igualmente una variante de comportamiento y variantes de lenguaje. El **CADASIL** (arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía) aparece en el DSM-5 entre los factores genéticos del **TNC vascular**, así que es la opción que no corresponde a una demencia frontotemporal.

1 La afasia progresiva primaria no fluente o agramática es una de las variantes de lenguaje de la demencia frontotemporal.

2 La variante semántica, antes demencia semántica, también es una variante de lenguaje.

3 La variante conductual es la otra gran forma de la demencia frontotemporal.

4 El CADASIL es una causa genética de TNC vascular.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 532. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. TNC frontotemporal, págs. 614-616; TNC vascular, pág. 623.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 87, PIR 2021 · n.º 88, PIR 2025 · n.º 203

56

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 2

Solicitan nuestra valoración para un paciente con daño cerebral y síndrome disejecutivo que presenta importante irritabilidad, desinhibición sexual y grave impulsividad. Dentro de la clasificación de síndromes disejecutivos en función de la topografía de la lesión ¿qué zona del lóbulo frontal estaría más afectada?:

1 Dorsolateral.

2 Orbital. ✓

3 Cingulada.

4 Motora suplementaria.

La desinhibición, la irritabilidad y la impulsividad apuntan a una lesión orbitofrontal

Redolar describe tres síndromes prefrontales según la topografía de la lesión. Los pacientes con **síndrome orbitofrontal** están conductual y emocionalmente **desinhibidos**, oscilan entre la euforia y la rabia y su control de impulsos va de pobre a inexistente. Pueden cometer hurtos, mostrar una **conducta sexualmente agresiva** o conducir de forma arriesgada, sin tener en cuenta las consecuencias. En la síntesis del capítulo, el **síndrome dorsolateral** se caracteriza por déficits en las funciones ejecutivas, el orbitofrontal por **desinhibición e impulsividad** y el **cingulado anterior** por apatía, abulia y, en casos graves, mutismo acinético. El cuadro del enunciado encaja con el orbitofrontal.

1. El síndrome dorsolateral se define por déficits en las funciones ejecutivas, no por la desinhibición.
2. Desinhibición conductual y emocional, oscilación entre la euforia y la rabia y conducta sexualmente agresiva son los rasgos con que el manual describe el síndrome orbitofrontal (pág. 734).
3. El síndrome cingulado anterior es, en muchos aspectos, lo opuesto al orbitofrontal, con apatía y abulia.
4. El área motora suplementaria no es una de las tres zonas de la clasificación de síndromes prefrontales que recoge el capítulo.

Para fijarlo. Dorsolateral no planifica, orbitofrontal no se frena y cingulado no arranca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 27, págs. 733-735.

EN EL ATLAS: Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Se estudia con Redolar 2014 (Base).

57 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

En la demencia con cuerpos de Lewy, el perfil neuropsicológico típico implica:

1 Problemas visoespaciales y en funciones ejecutivas, especialmente en cambio atencional o shifting. ✓

2 Problemas mnésicos graves desde el inicio, pero únicamente en memoria episódica.

3 Problemas mnésicos graves desde el inicio, pero únicamente en memoria semántica.

4 Bradicinesia, compulsividad y apatía.

La demencia con cuerpos de Lewy afecta pronto a la atención, la función ejecutiva y lo visoespacial

El DSM-5-TR describe el **trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy** como un deterioro progresivo con **afectación temprana de la atención, la función ejecutiva y la capacidad visoperceptiva, más que del aprendizaje y la memoria**, junto con alucinaciones visuales y fluctuaciones cognitivas. Belloch añade que comparte con la demencia de la enfermedad de Parkinson el parkinsonismo, las alucinaciones visuales y las **fluctuaciones de la atención y alerta**, y que en las fases incipientes los déficits de memoria son menos acusados que en la enfermedad de Alzheimer. Junqué coincide: frente al Alzheimer, los trastornos de memoria son menores y los **atencionales y visoespaciales** más marcados. Ninguna de estas fuentes menciona el cambio atencional por su nombre, pero el perfil de la opción 1 es el que describen.

1 Recoge el perfil que describen los manuales, con predominio atencional, ejecutivo y visoespacial.

2 Los problemas mnésicos graves desde el inicio son propios de la enfermedad de Alzheimer. En la demencia con cuerpos de Lewy la memoria se afecta menos al principio.

3 Por la misma razón, tampoco hay un deterioro grave y precoz de la memoria semántica.

4 El parkinsonismo es una característica esencial del trastorno, pero el DSM-5-TR lo sitúa con inicio posterior al declive cognitivo (pág. 699), y ninguna de las fuentes incluye la compulsividad en el perfil. La opción mezcla signos motores y conductuales y no describe un perfil neuropsicológico.

Para fijarlo. En la demencia con cuerpos de Lewy fallan antes la atención y lo visoespacial que la memoria, al revés que en el Alzheimer.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, págs. 699-700. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 531-532. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 8, pág. 244.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 55, PIR 2025 · n.º 73, PIR 2025 · n.º 136

58 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se produce la mielina en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en el Sistema Nervioso Periférico (SNP)?:

1 En el SNC se produce por los neurotransmisores y en el SNP por las hormonas.

2 En el SNC se produce por los oligodendrocitos y en el SNP por las células de Schwann. ✓

3 En ambos casos se produce directamente por los axones de las neuronas.

4 En el SNC se produce en los nódulos de Ranvier y en el SNP directamente por los axones de la propia neurona.

Los oligodendrocitos mielinizan en el SNC y las células de Schwann en el SNP

Del Abril explica que los **oligodendrocitos** son pequeñas células gliales cuyas prolongaciones se enrollan alrededor de los axones y forman la **mielina**, una vaina sobre todo lipídica que mejora la transmisión del impulso. En el **sistema nervioso periférico** esa tarea corresponde a las **células de Schwann**: una de sus principales funciones es formar la mielina alrededor de los axones del SNP. Carlson lo resume igual, porque en el **sistema nervioso central** los oligodendrocitos dan soporte a los axones y producen mielina, y en el SNP las células de Schwann realizan la misma función. La mielina es obra de células gliales y no de las propias neuronas.

1 Ni los neurotransmisores ni las hormonas producen mielina. La producen células gliales.

2 Es lo que recoge el manual para cada sistema.

3 Los axones son los que reciben la mielina. La producen los oligodendrocitos y las células de Schwann.

4 Los nódulos de Ranvier son las zonas donde la vaina se interrumpe y el axón queda al descubierto, y en el SNP la mielina tampoco la produce el axón.

Para fijarlo. Schwann se queda en la periferia y el oligodendrocito trabaja dentro del encéfalo y la médula.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 6, pág. 164. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 2, págs. 30-31.

EN EL ATLAS

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

59 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de estas áreas del Sistema Nervioso Central es irrigada en su mayor parte por la arteria basilar?:

1 La rodilla del cuerpo calloso.

2 Los lóbulos frontales.

3 El tallo cerebral. ✓

4 Los lóbulos parietales.

La arteria basilar irriga el tronco del encéfalo dentro de la circulación posterior

Del Abril describe dos sistemas arteriales. Las **arterias carótidas internas** forman la circulación anterior y las **vertebrales** la posterior. Las vertebrales se unen en la base del cráneo para formar la **arteria basilar** (por eso la circulación posterior se llama también **sistema vertebrobasilar**), que sube hasta el mesencéfalo y allí se bifurca en las dos cerebrales posteriores. Las ramas de las arterias vertebrales y basilar irrigan **el bulbo, el puente, el cerebelo, el mesencéfalo** y la porción caudal del diencéfalo, es decir, sobre todo el tallo cerebral. Los lóbulos frontales y parietales dependen de la circulación anterior, a través de las arterias cerebrales anterior y media.

1 La rodilla del cuerpo calloso queda en la parte anterior del encéfalo. Snell describe cómo la arteria cerebral anterior, rama de la carótida interna, se curva superior y posteriormente sobre la rodilla del cuerpo calloso (cap. 17, págs. 795 y 825).

2 El lóbulo frontal lo irrigan la arteria cerebral anterior y la media, ramas de la carótida interna.

3 Bulbo, puente y mesencéfalo, junto con el cerebelo, son el territorio de las arterias vertebrales y basilar.

4 El lóbulo parietal recibe la cerebral anterior, que irriga parte de él, y las ramas de la cerebral media.

Para fijarlo. Vertebrales y basilar van por detrás y abajo, al tronco y al cerebelo; las carótidas, por delante, a la corteza frontal, parietal y temporal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 181-182. Snell, R. S. (2014). Neuroanatomía clínica (7.ª ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Cap. 17, págs. 795 y 825.

EN EL ATLAS: Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Del Abril 2016 (Base) y Snell (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 201

60

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 4

La vía cerebral que participa en el procesamiento del movimiento y la percepción espacial:

1. Se llama vía parvocelular o vía P.
2. Es una vía que proyecta desde el lóbulo occipital a áreas temporales inferiores.
3. Comienza y termina en la corteza estriada del lóbulo occipital.
4. Se proyecta desde el lóbulo occipital hasta el lóbulo parietal. ✓

La corriente dorsal va del lóbulo occipital al parietal y procesa dónde están los objetos

Desde la corteza visual primaria salen dos vías hacia áreas de asociación. Del Abril explica que la **corriente ventral**, que llega al área de asociación temporal inferior, participa en la percepción de los detalles de los objetos (qué son), mientras que la **corriente dorsal**, que se proyecta a la **corteza parietal posterior**, se ocupa de su **localización en el espacio** (dónde están) y de combinar esa información para actuar sobre ellos. Redolar añade que la vía dorsal es la vía del dónde, que asciende hasta el lóbulo parietal posterior, y que el sistema **magnocelular** es ciego al color pero sensible al movimiento, mientras que la información **parvocelular** se destaca en la corriente ventral.

1. La vía parvocelular es sensible al color y a los detalles finos, y su información se destaca en la corriente ventral. La sensible al movimiento es la magnocelular.
2. La proyección hacia áreas temporales inferiores es la corriente ventral, la del qué.
3. La corteza estriada es la corteza visual primaria (V1), el punto de partida de las dos corrientes. La dorsal termina en la corteza parietal posterior.
4. La corriente dorsal se proyecta desde la corteza visual hasta la corteza parietal posterior.

Para fijarlo. Por arriba, hacia el parietal, va el dónde; por abajo, hacia el temporal, va el qué.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 339. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 10, págs. 268-269.

EN EL ATLAS

Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Del Abril 2016 (Base) y Redolar 2014 (Consulta).

61 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es el mecanismo de acción del metilfenidato respecto a la dopamina?:

1 Se ha demostrado que el metilfenidato no influye en la vía dopaminérgica y que su mecanismo de acción se da únicamente en la vía noradrenérgica.

2 Inhibe la liberación de dopamina en la hendidura sináptica.

3 Bloquea los transportadores de dopamina, lo que reduce la recaptación sináptica y aumenta la concentración extraneuronal de dopamina. ✓

4 Aumenta la recaptación sináptica, lo que provoca una disminución de la concentración extraneuronal de dopamina.

El metilfenidato bloquea los transportadores de dopamina y noradrenalina y aumenta su disponibilidad sináptica

Stahl explica que el **metilfenidato bloquea los transportadores de noradrenalina y de dopamina** (NAT y TDA). En condiciones normales la dopamina liberada vuelve a la neurona a través del TDA. El metilfenidato bloquea ese transportador de forma alostérica y **detiene la recaptación** de dopamina y de noradrenalina, de modo que aumenta la **disponibilidad sináptica** del neurotransmisor. A diferencia de la anfetamina, no entra en el terminal a través del transportador ni actúa sobre el transportador vesicular. Por eso el manual sugiere que a estos fármacos, llamados estimulantes, les convendría más el nombre de **bloqueadores de la recaptación de noradrenalina y dopamina**.

1 El metilfenidato actúa sobre la vía dopaminérgica además de sobre la noradrenérgica, porque bloquea tanto el TDA como el NAT.

2 No inhibe la liberación. Al impedir la recaptación, deja más dopamina disponible en la sinapsis.

3 Describe el mecanismo que recoge el manual: bloqueo del transportador, menor recaptación y más dopamina extraneuronal.

4 Es el efecto contrario al del fármaco, que reduce la recaptación en lugar de aumentarla.

Para fijarlo. El metilfenidato congela la puerta de vuelta de la dopamina y la deja más tiempo en la sinapsis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 11, págs. 469 y 472.

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

62 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 1

¿A qué se refiere la APA (2006) con la integración de la mejor evidencia disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente?:

1 A la Práctica Basada en la Evidencia. ✓

2 A la Evidencia Basada en la Práctica.

3 A la Práctica Deliberada.

4 A la Práctica Reflexiva.

La APA llama práctica basada en la evidencia a integrar evidencia, pericia clínica y características del paciente

Fonseca recoge la definición de la APA Presidential Task Force (2006): la **práctica basada en la evidencia** (PBE) en psicología clínica es la **integración de la mejor evidencia disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente**. Es un paraguas conceptual amplio, con tres pilares interconectados, que no se reduce a los tratamientos manualizados. La **evidencia basada en la práctica** es un enfoque complementario, más orientado a la efectividad que a la eficacia. Gimeno describe la **práctica deliberada** y la **práctica reflexiva** como formas de práctica personal del clínico para mejorar su desempeño.

1 Es la definición literal de la APA que recoge el manual.

2 La evidencia basada en la práctica busca obtener conocimiento científico de la práctica diaria de los clínicos, monitorizar resultados de los dispositivos y crear redes de investigación orientadas por la práctica.

3 La práctica deliberada son actividades que el clínico lleva a cabo de forma organizada y con esfuerzo para mejorar su rendimiento en una habilidad terapéutica concreta.

4 La práctica reflexiva consiste en reservar un tiempo para reflexionar sobre el propio desarrollo profesional y sobre las sesiones.

Trampa. Práctica basada en la evidencia y evidencia basada en la práctica usan las mismas palabras en distinto orden. La segunda va de la consulta a la investigación.

Para fijarlo. Las tres patas de la PBE son la evidencia, la pericia clínica y el paciente con su cultura y sus preferencias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 1, págs. 37-38, y cap. 2, págs. 75 y 80. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 5, pág. 85, y cap. 8, págs. 175 y 186.

EN EL ATLAS: Tema C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia. Se estudia con Fonseca Adultos (Base). Fonseca Adultos es Ampliación del tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 138

63 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Según Anderson et al. (2009) la fluidez verbal, la calidez, la empatía, la expresión emocional, la capacidad persuasiva, la capacidad para instilar esperanza, la capacidad para la vinculación y para comprender el problema presentado por el paciente:

1 No se ha encontrado relación entre ellas y la eficacia de los especialistas en Psicología Clínica (Supershrinks).

2 Constituyen habilidades de facilitación interpersonal. ✓

3 La edad de los profesionales no correlaciona positivamente con la presencia de estas habilidades.

4 Forman parte del concepto de Práctica Reflexiva de Bennett-Levy.

Fluidez verbal, calidez y empatía forman parte de las habilidades interpersonales facilitadoras

Gimeno explica que una de las características de los **supershrinks**, los clínicos con mejores resultados, es un nivel alto de **habilidades interpersonales facilitadoras** (FIS, facilitative interpersonal skills). Según Anderson et al. (2009), tienen que ver con percibir, comprender y comunicar un amplio rango de mensajes interpersonales y con la habilidad para persuadir. Incluyen exactamente las del enunciado: **fluidez verbal, calidez, empatía, expresión emocional**, capacidad de persuasión, capacidad para instilar esperanza, para vincular con otras personas y para comprender el problema del consultante. Los autores encuentran que estas habilidades **correlacionan con la edad del profesional**, lo que interpretan como señal de que se pueden enseñar y entrenar.

1 Ocurre lo contrario, porque los supershrinks se caracterizan por un nivel alto de FIS, y los estudios encuentran relación significativa entre las FIS y los resultados de la psicoterapia.

2 Es el nombre que reciben esas habilidades.

3 Las FIS correlacionan con la edad del profesional, de modo que a mayor edad hay más habilidades.

4 Gimeno asocia a Bennett-Levy un modelo de práctica personal, y el término práctica reflexiva lo toma de Stedmon y Dallos. La lista del enunciado es la de las FIS de Anderson et al. (2009).

Para fijarlo. Las FIS se ven en los supershrinks y crecen con los años, así que se pueden entrenar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 5, págs. 79-80, y cap. 8, pág. 175.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base). Gimeno es Base del tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 85

64

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 2

En referencia a los trastornos del habla, señale cuál de las opciones de respuesta se corresponde con la definición de disartria:

1. Trastorno de la capacidad para pronunciar correctamente determinados fonemas o grupos de fonemas.
2. Trastorno de la articulación o del control muscular del habla, secundario a un déficit neurológico. ✓
3. Trastorno de la pronunciación determinado por problemas estructurales del aparato buco-fonatorio.
4. Trastorno del habla caracterizado por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una coordinación imperfecta de las funciones ideomotrices cerebrales.

La disartria es un trastorno de la articulación secundario a una lesión del sistema nervioso

Belloch agrupa entre los trastornos del habla la dislalia, la disartria, la disglosia y la disfemia. Define la **disartria** como la dificultad de la articulación y expresión del habla debida a **trastornos del tono y del movimiento de los músculos** que controlan la articulación, y que son **consecuencia de lesiones del sistema nervioso** (central y periférico). La **dislalia** es la dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras, por causas orgánicas o funcionales de los órganos periféricos del habla. A las dislalias orgánicas se las llama **disglosias**. La **disfemia** o tartamudez es un trastorno de la fluidez y el ritmo del habla.

1. La dificultad para pronunciar determinados fonemas o grupos de fonemas corresponde a la dislalia.
2. Coincide con la definición del manual: un problema de articulación por una lesión neurológica.
3. Un trastorno de la pronunciación por problemas estructurales del aparato bucofonatorio es una dislalia orgánica, que el manual llama disglosia.
4. Tropiezos, espasmos y repeticiones describen la disfemia o tartamudez, un trastorno de la fluidez y el ritmo del habla.

> **Para fijarlo.** Si la causa está en los nervios, disartria; si está en la boca, disglosia; si solo falla algún fonema, dislalia; si se rompe el ritmo, disfemia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 293.

EN EL ATLAS: Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

65 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 2

En relación con la Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, incluida en la Sección III del DSM-5:

1 Es una escala auto-aplicada.

2 Evalúa la gravedad de los síntomas en los 7 días anteriores. ✓

3 Evalúa 5 dominios: Alucinaciones, Delirios, Discurso desorganizado, Comportamiento psicomotor anormal y Comportamiento adaptativo.

4 No tiene en cuenta la gravedad del deterioro cognitivo.

La escala de dimensiones de psicosis puntúa la gravedad de los 7 días anteriores

La **Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluada por el clínico**, es una de las medidas de la Sección III. Tiene **8 ítems** que el clínico completa en el momento de la evaluación clínica, y cada ítem pide puntuar la gravedad del síntoma en los **7 días anteriores**, en una escala de 0 a 4. Evalúa los síntomas primarios de la psicosis (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y **síntomas negativos**), y añade una escala de **deterioro cognitivo** y otras dos de depresión y manía.

1. La completa el clínico, que puede revisar toda la información disponible sobre el individuo.
2. Cada ítem puntúa la gravedad del síntoma en los 7 días anteriores.
3. El quinto dominio primario son los síntomas negativos. El comportamiento adaptativo no figura en la escala, que suma después la cognición, la depresión y la manía hasta los ocho ítems.
4. Incluye una escala para el deterioro cognitivo, porque muchos individuos con trastornos psicóticos tienen deterioro en varios dominios cognitivos, lo que predice su capacidad funcional.

Ojo. El DSM-5-TR conserva la escala en la Sección III (págs. 851-853) y precisa que se puntúa cada síntoma cuando estaba en su máximo de intensidad durante los 7 días anteriores.

Trampa. La opción 3 copia cuatro dominios reales y cambia el quinto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, medidas de evaluación, gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, págs. 742-744.

EN EL ATLAS

Tema B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general. Se estudia con DSM-5-TR (Consulta).

66 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

La Economía Conductual plantea la adicción como un trastorno de la elección caracterizado por la "patología del refuerzo". Dentro de esto, ¿a qué se llama el "descuento por demora" (o Delay Discounting)?:

1 A la preferencia excesiva por reforzadores de mayor intensidad frente a los de menor intensidad.

2 A la preferencia excesiva por reforzadores inmediatos frente a los demorados. ✓

3 A la preferencia excesiva por reforzadores más salientes frente a los menos salientes.

4 A la preferencia excesiva por reforzadores más numerosos, aunque menos intensos, frente a los menos numerosos, aunque más intensos.

El descuento por demora es la preferencia excesiva por los reforzadores inmediatos

Fonseca explica que la **economía conductual**, disciplina híbrida entre la psicología y la economía, conceptualiza la adicción (su génesis, su mantenimiento y la recaída) como un **trastorno de elección**. Lo caracterizan dos procesos de reforzamiento que forman la llamada **patología del refuerzo**: una valoración excesiva del reforzador, es decir, de la sustancia (elevada eficacia del reforzamiento), y una **preferencia excesiva por la elección de reforzadores inmediatos frente a los demorados**, que es lo que se denomina alto **descuento por demora** (delay discounting).

1 La intensidad del reforzador no es el criterio del descuento por demora. El otro proceso de la patología del refuerzo es la valoración excesiva de la sustancia.

2 Es la definición que recoge el manual.

3 La saliencia no aparece en la definición. El descuento por demora se refiere al momento en que llega el reforzador.

4 El número de reforzadores frente a su intensidad no forma parte de ninguno de los dos procesos que describe el manual.

Para fijarlo. Descontar por demora es restar valor a lo que llega tarde, y por eso gana la sustancia de ahora.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, pág. 506.

EN EL ATLAS: Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

67 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

En relación con la evidencia empírica del manejo de contingencias en la intervención en cannabis, los estudios clínicos aleatorizados han mostrado mejores resultados cuando se dirige a:

1 Reforzar la abstinencia. ✓

2 Reforzar otras conductas de adherencia al tratamiento (realización de analíticas de orina o asistencia a las sesiones).

3 Reforzar la realización de las tareas para casa.

4 Reforzar una comunicación positiva con otros miembros de la familia.

El manejo de contingencias funciona mejor en el cannabis cuando refuerza la abstinencia

Según Fonseca, la evidencia del **manejo de contingencias** (MC) en el consumo de cannabis es extensa, y varios metaanálisis lo sitúan como **tratamiento bien establecido**, superior a la lista de espera, al placebo y al tratamiento estándar. Suele combinarse con terapias cognitivo-conductuales o motivacionales. El MC se ha aplicado sobre todo en contextos comunitarios, y las conductas reforzadas con más frecuencia han sido la abstinencia y la asistencia a las sesiones. Los **estudios clínicos aleatorizados** muestran mejores resultados cuando el MC se dirige a **reforzar la abstinencia** que cuando refuerza otras conductas de adherencia, como las analíticas de orina o la asistencia a las sesiones.

1 Es la conducta con la que el MC obtiene mejores resultados.

2 El manual nombra estas conductas de adherencia como término de comparación, con peores resultados que la abstinencia.

3 Las tareas para casa no aparecen como objetivo del MC en el apartado del cannabis.

4 Tampoco la comunicación familiar figura como conducta reforzada por el MC en el cannabis.

Para fijarlo. En el cannabis, el vale se gana con la orina limpia y no por presentarse a dar la muestra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, pág. 510.

EN EL ATLAS: Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

68 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una terapia de eficacia probada (grado de recomendación A) para la adicción al alcohol?:

1 Intervenciones motivacionales breves.

2 Terapia conductual familiar y de pareja.

3 Aproximación de reforzamiento comunitario (Community Reinforcement Approach– CRA).

4 Terapia de exposición a señales (Cue Exposure Therapy–CET). ✓

La exposición a señales sigue en fase experimental en la adicción al alcohol

Fonseca enumera como **intervenciones de eficacia probada (grado A)** en el alcohol las **intervenciones motivacionales breves**, la terapia de aumento motivacional, las terapias cognitivo-conductuales, el entrenamiento en habilidades interpersonales, la **terapia conductual familiar y de pareja**, la prevención de recaídas y la **aproximación de reforzamiento comunitario** (CRA). En el apartado de intervenciones en fase de experimentación sitúa la **terapia de exposición a señales** (CET): algunos estudios dan resultados prometedores, pero con limitaciones importantes (muestras pequeñas y seguimientos cortos), por lo que debe considerarse en **fase experimental**. Añade que lo mismo ocurre con el manejo de contingencias en el alcohol.

1 Las intervenciones motivacionales breves son de eficacia probada en el alcohol.

2 La terapia conductual familiar y de pareja figura entre los tratamientos de grado A.

3 La CRA tiene un extenso soporte empírico y también es de grado A.

4 La CET es la única de las cuatro que el manual deja en fase experimental.

Ojo. El manejo de contingencias, de grado A en el cannabis (pregunta 67) y combinado con la CRA en los estimulantes, queda también en fase experimental en el alcohol.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 510-512.

EN EL ATLAS: Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

69 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 3

Al comparar las adicciones a sustancias con las adicciones sin sustancia (adicciones conductuales):

1 En ambos casos se pretende la abstinencia completa.

2 La terapia cognitivo-conductual ha demostrado eficacia en las adicciones a sustancias, pero no en las adicciones conductuales.

3 Las adicciones conductuales y los trastornos por abuso de sustancias responden a menudo de manera positiva a los mismos tratamientos. ✓

4 No se espera que la investigación en las adicciones a sustancias favorezca la comprensión de las adicciones conductuales.

Las adicciones conductuales y las de sustancias responden a menudo a los mismos tratamientos

Fonseca afirma que las **adicciones conductuales** y los trastornos por abuso de sustancias **responden a menudo de manera positiva ante los mismos tratamientos**, porque su inicio y su mantenimiento comparten aspectos comunes. Las **terapias cognitivo-conductuales** para las adicciones a sustancias se han usado con éxito en el trastorno por juego, el comportamiento sexual compulsivo, la cleptomanía o la compra compulsiva. La gran diferencia está en el **objetivo terapéutico**: en las adicciones sin droga no se busca la **abstinencia total**, porque son conductas de la vida cotidiana, sino el reaprendizaje del control de la conducta. El capítulo concluye que la investigación sobre las adicciones a sustancias puede favorecer la comprensión de las comportamentales.

1 Según el manual, en las adicciones sin droga el objetivo no es la abstinencia total, porque son conductas de la vida cotidiana (ir a comprar, ir a trabajar), sino el reaprendizaje del control de la conducta (pág. 536).

2 La TCC para las adicciones a sustancias se ha aplicado con éxito al trastorno por juego, la cleptomanía o la compra compulsiva.

3 Es la afirmación literal del manual.

4 El manual sostiene lo contrario, porque las superposiciones entre ambos tipos de adicción hacen esperar que investigar las de sustancias ayude a entender las comportamentales.

Para fijarlo. Las adicciones con y sin sustancia comparten tratamientos pero no la meta, porque no se puede dejar de comprar ni de trabajar para siempre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 18, págs. 534, 536 y 541.

EN EL ATLAS: Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes trastornos, incluido dentro de la categoría "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados" (DSM-5 y CIE-11), fue clasificado en versiones anteriores de ambos manuales en los "Trastornos del control de los impulsos"?:

1. Trastorno de acumulación.
2. Excoriación.
3. Tricotilomanía. ✓
4. Trastorno dismórfico corporal.

La tricotilomanía pasó del control de los impulsos al capítulo del TOC

Belloch explica que la **tricotilomanía**, descrita desde antiguo, no se incluyó como trastorno hasta el DSM-III-R, y que en versiones anteriores del DSM y en la **CIE-10** estaba clasificada como un **trastorno del control de los impulsos**, porque algunas personas sienten tensión antes de arrancarse el pelo y gratificación o alivio después. Como no todas lo viven así, el DSM-5 y la CIE-11 la sacaron de ese grupo y la ubicaron en el de **trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados**. El DSM-IV la incluía entre los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

1. La acumulación apareció como entidad propia por primera vez en el DSM-5 y en la CIE-11; en el DSM-IV era uno de los criterios del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.
2. Según Belloch, en el DSM-IV la excoriación solo se mencionaba como ejemplo de trastorno del control de impulsos no clasificado en otros apartados, y en la CIE-10 estaba en el capítulo de enfermedades de la piel. No cumple la condición en los dos manuales.
3. Es la tricotilomanía.
4. El trastorno dismórfico corporal estaba entre los somatoformes en el DSM y como variante de la hipocondría en la CIE-10.

Ojo. Según Belloch, la opción 2 tiene una parte de verdad para el DSM-IV, que mencionaba la excoriación como ejemplo de trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados. En la edición de 1995 del corpus la categoría no especificada no da ese ejemplo (pág. 637). La pregunta se resuelve porque exige que esa ubicación se diera en los dos manuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 138. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, tricotilomanía, pág. 634; trastorno del control de los impulsos no especificado, pág. 637.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 144, PIR 2020 · n.º 74, PIR 2017 · n.º 144

71 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados · Anulada

Anulada

Atendiendo a los estudios de Summerfeldt (2004; 2014) sobre las dimensiones etiológicas en las que agrupar los contenidos obsesivos, aquellos relacionados con el orden/simetría, magia y superstición se asocian a la motivación de:

1. Evitar el daño.
2. Alcanzar un estado de “estar completo o acabado”.
3. Seguridad relacional (TOC relacional).
4. Control del futuro inmediato.

La pregunta sobre la sensación de inacabado de Summerfeldt se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. Belloch recoge la propuesta de dos causas motivadoras de los síntomas obsesivos: **evitar el daño** y alcanzar un estado de **«estar completo o acabado»** (Summerfeldt et al., 2014). Según Summerfeldt (2004), la **sensación de inacabado** es única de los fenómenos obsesivo-compulsivos, y el manual afirma que las obsesiones de **orden/simetría, magia y superstición** estarían motivadas por ella. La opción 2 coincide, por tanto, con el texto del manual. El Ministerio no publica el motivo de las anulaciones. Una explicación posible, que no puede comprobarse en el corpus, es que los trabajos originales de Summerfeldt no mencionan la magia ni la superstición, que el enunciado les atribuye.

1. Evitar el daño es la otra dimensión. El manual le asigna sobre todo las obsesiones de agresión, sexuales, inmorales y de contaminación, y las compulsiones de lavado y comprobación.
2. Clave provisional. Es la dimensión a la que el manual liga el orden, la simetría, la magia y la superstición.
3. La seguridad relacional no aparece entre las dimensiones de Summerfeldt que recoge el manual.
4. El control del futuro inmediato tampoco figura como dimensión en esta propuesta.

> **Para fijarlo.** Lavar y comprobar suelen buscar evitar un daño; ordenar y simetrizar buscan que las cosas queden como deben estar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 147.

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

72 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Respecto a las denominadas “obsesiones puras”:

1 Aparecen en personas que se encuentran en fases tempranas o muy avanzadas del trastorno obsesivo compulsivo.

2 En las primeras fases del desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo las obsesiones se evidencian antes que las compulsiones.

3 Pueden asociarse a una comprensión del problema (insight) muy precaria y otras dificultades metacognitivas.

4 No se considera actualmente una terminología adecuada, pudiendo generar errores de diagnóstico y tratamiento. ✓

La etiqueta «obsesiones puras» ya no se considera adecuada porque puede llevar a errores de diagnóstico y tratamiento

Belloch llama **obsesiones puras** a las obsesiones sin compulsiones ni otras estrategias de neutralización. La idea viene de autores clásicos como Lewis (1936) o Ingram (1961), pero, como afirma Clark (2020), el término «puras» es inadecuado porque en la inmensa mayoría de estos casos las **estrategias de neutralización son encubiertas**: en torno al 25 % de los pacientes con TOC usan sobre todo este tipo de estrategias. El manual concluye que, aunque la ausencia de compulsiones manifiestas tiene gran importancia clínica, la etiqueta **no se considera actualmente adecuada** porque puede llevar a **errores de diagnóstico y tratamiento**. Los distractores trasladan a las obsesiones puras lo que el manual dice de los **compulsivos puros**.

1 Las fases tempranas o muy avanzadas del trastorno son una de las explicaciones que el manual ofrece para el supuesto subtipo de «compulsivos puros».

2 Invierte el dato, porque la CIE-11 señala que en algunos casos, sobre todo al principio del TOC, las compulsiones pueden evidenciarse antes que las obsesiones.

3 El insight muy precario y las dificultades metacognitivas se plantean también para explicar a los «compulsivos puros».

4 Es la conclusión del manual sobre la etiqueta.

Trampa. Las tres opciones falsas son frases del manual, pero referidas a los «compulsivos puros», que el texto trata a continuación.

Para fijarlo. Detrás de una obsesión «pura» casi siempre hay una neutralización que no se ve.

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. 147-148.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 119

73 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes estrategias de supresión de las obsesiones es la más característica de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo?:

1 Distracción.

2 Control social.

3 Autocastigarse. ✓

4 Preocupación.

Autocastigarse por tener obsesiones es la estrategia más característica del TOC

Además de las compulsiones, las personas con TOC usan otras estrategias de neutralización, como la evitación y los **intentos de supresión** de las obsesiones. Belloch enumera las estrategias para suprimirlas: distracción, control social, preocupación, **autocastigo** y revaloración. La mayoría no son exclusivas del TOC (aparecen también en el estrés postraumático, el insomnio, la hipocondría, la depresión o los trastornos de ansiedad) y casi todas son disfuncionales. Las más problemáticas son el autocastigo y la preocupación, y el manual subraya que **autocastigarse por tener obsesiones es la estrategia más característica** de las personas con TOC y una firme candidata a considerarse específica del trastorno.

1 La distracción es una de las estrategias de supresión, pero no la más característica del TOC.

2 El control social (hablar de las obsesiones, reasegurarse con otros) tampoco es la que el manual destaca como propia del TOC.

3 Es la estrategia que el manual señala como la más característica del TOC.

4 La preocupación es, con el autocastigo, de las más problemáticas, pero la más característica es el autocastigo.

Para fijarlo. En el TOC se sufre dos veces, por la obsesión y por reñirse a uno mismo por tenerla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 149.

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

74

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

En relación con el nivel de insight que la persona con trastorno obsesivo-compulsivo tiene sobre sus síntomas:

1. Un nivel de insight bajo se asocia a mayor comorbilidad con otros problemas. ✓
2. El nivel de insight es menor cuando se presentan contenidos obsesivos de simetría, orden y limpieza.
3. El nivel de insight es una característica estable a lo largo de la evolución del trastorno.
4. El inicio tardío de los síntomas se asocia a un nivel de insight bajo.

Un insight bajo en el TOC se asocia con más gravedad y más comorbilidad

Tanto el DSM-5 como la CIE-11 incluyen el **nivel de insight** (introspección, en la traducción española del DSM) entre los especificadores del TOC. Belloch explica que la mayoría de las personas con TOC reconocen que sus obsesiones son excesivas, pero que el grado de insight **fluctúa a lo largo de la evolución** del trastorno y según los contenidos: es menor en las **obsesiones religiosas, agresivas y sexuales**, probablemente porque amenazan más la identidad de la persona. Un **insight bajo** se asocia con mayor gravedad, **mayor comorbilidad** con otros problemas, mayor duración del TOC y un **inicio temprano** de los síntomas. Cuando el insight es muy escaso, el límite con una creencia delirante puede ser muy sutil.

1. Es uno de los correlatos del insight bajo que recoge el manual.
2. El insight es menor en las obsesiones religiosas, agresivas y sexuales, no en las de simetría, orden y limpieza.
3. El insight fluctúa a lo largo de la evolución del trastorno.
4. El insight bajo se asocia con un inicio temprano, no tardío.

> **Para fijarlo.** Poco insight suele venir con TOC más grave, más largo, de inicio más temprano y con más comorbilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 149.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 156

75 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

La “sensación de conocer” es una distorsión de la memoria clasificada como:

1 Paramnesia del recuerdo.

2 Paramnesia del reconocimiento.

3 Parapraxia del recuerdo. ✓

4 Parapraxia del reconocimiento.

La sensación de conocer es una parapraxia del recuerdo, un olvido normal

Belloch clasifica las **distorsiones de la memoria** en **paramnesias**, que son patológicas, y **parapraxias**, que son olvidos normales, y cada grupo se divide a su vez en distorsiones del recuerdo y del reconocimiento (figura 7.2). La **sensación de conocer** está entre las **parapraxias del recuerdo**, junto con el «su cara me suena», el «conozco su cara pero no su nombre», la punta de la lengua, la laguna temporal y la hipermnesia. En ella la persona está convencida de que sabe algo, pero fracasa al intentar demostrarlo. Suele tratarse de material semántico (un nombre, una palabra, una fecha), y es el caso más general del fenómeno de la **punta de la lengua**.

1. Las paramnesias del recuerdo son patológicas: confabulación, pseudología fantástica, recuerdos delirantes y verificación compulsiva.
2. Las paramnesias del reconocimiento incluyen las agnosias, la paramnesia reduplicativa y los síndromes de Capgras y Fregoli.
3. Es la casilla en la que el manual sitúa la sensación de conocer.
4. Las parapraxias del reconocimiento son la criptomnesia, el déjà vu o déjà vécu y el jamais vu.

FIGURA 7.2. DISTORSIONES DE LA MEMORIA

Tipo	Del recuerdo	Del reconocimiento
Paramnesias (patológicas)	Confabulación; pseudología fantástica; recuerdos delirantes; verificación compulsiva	Agnosias; paramnesia reduplicativa; síndrome de Capgras; síndrome de Fregoli
Parapraxias (olvidos normales)	Su cara me suena; conozco su cara pero no su nombre; sensación de conocer; punta de la lengua; laguna temporal; hipermnesia	Criptomnesia; déjà vu/déjà vécu; jamais vu

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 7, figura 7.2, pág. 213

Para fijarlo. Las parapraxias son los fallos de cualquiera; la punta de la lengua y la sensación de conocer son olvidos normales del recuerdo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, figura 7.2, pág. 213.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 147, PIR 2024 · n.º 148

76

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

En el trastorno obsesivo-compulsivo, la "verificación o comprobación compulsiva" ha sido explicada por Radomsky et al. (2006) como:

1. Originada en la muy baja confianza en la propia memoria del verificador y la repetición del propio comportamiento verificado. ✓
2. Resultado de la disminución de efecto de recencia generada por los comportamientos repetitivos, dificultando el recuerdo de los hechos recientes.
3. Asociada a la calidad del recuerdo, producto de la tendencia a la memoria visual de los comprobadores compulsivos.
4. Un error en la ordenación temporal del propio recuerdo durante la codificación de las actividades repetitivas.

El verificador compulsivo comprueba porque desconfía de su memoria, y comprobar aumenta esa desconfianza

Belloch trata la **verificación compulsiva** como una paramnesia del recuerdo, frecuente en el TOC, el trastorno dismórfico corporal, los trastornos alimentarios o la hipocondría. Reed (1988) planteó dos explicaciones: que, al tratarse de tareas rutinarias, la duda afecte a la **ordenación temporal** del recuerdo (la repetición disminuye además el **efecto de recencia**), o que los verificadores tengan una memoria de imágenes restringida a lo visual, de modo que el problema sea la **calidad del recuerdo**. La conclusión más reciente, sustentada en evidencias (Radomsky et al., 2006), es que el problema radica en una **muy baja confianza en la propia memoria**, que se acentúa con la repetición y forma un círculo vicioso.

1. Es la explicación que el manual atribuye a Radomsky et al. (2006).
2. La disminución del efecto de recencia por la repetición forma parte de la primera explicación de Reed (1988).
3. La calidad del recuerdo ligada a una memoria visual es la segunda explicación de Reed.
4. El error en la ordenación temporal del recuerdo también es de Reed, no de Radomsky.

Trampa. Los tres distractores son explicaciones reales del manual, pero de Reed (1988). La pregunta pide la de Radomsky.

Para fijarlo. Comprobar no tranquiliza la memoria, la desgasta, y cada nueva comprobación deja menos confianza que la anterior.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 216.

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

77 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

Entre las esteroagnosias, las dificultades para reconocer las sensaciones corporales internas, como por ejemplo la percepción de la temperatura corporal, se denomina:

1 Agnosia para los objetos.

2 Anosognosia.

3 Somatoagnosia. ✓

4 Autotopagnosia.

La somatoagnosia es la dificultad para reconocer las señales internas del propio cuerpo

Belloch define las **agnosias** como la dificultad o incapacidad para reconocer cosas familiares con los sentidos preservados, y las clasifica según el sentido afectado. La **agnosia táctil o estereoagnosia** incluye las **somatoagnosias**, que son las dificultades para reconocer las **sensaciones o señales internas del propio cuerpo**, incluida la percepción de la temperatura corporal, y las **agnosias para objetos**. El manual menciona también la **anosognosia**, que algunos autores incluyen entre las agnosias: la falta de reconocimiento de la propia enfermedad, muy característica del Alzheimer. Vallejo Ruiloba describe la autotopagnosia como un menoscabo en el reconocimiento y la localización de las partes del cuerpo.

1 La agnosia para objetos es la otra forma de agnosia táctil, referida a objetos externos y no a sensaciones internas.

2 La anosognosia es la falta de reconocimiento de la propia enfermedad o de las alteraciones que se padecen.

3 Coincide con la definición del manual, que pone como ejemplo la temperatura corporal.

4 La autotopagnosia afecta al reconocimiento y la localización de las partes del cuerpo, secundaria a daño en la porción posterior del lóbulo parietal.

> **Para fijarlo.** Somatoagnosia, no reconocer lo que el cuerpo siente por dentro; autotopagnosia, no saber dónde está cada parte del cuerpo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 216. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson. Cap. 41, pág. e-651.

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

78 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

La amnesia global transitoria es una pérdida brusca y masiva de recuerdos autobiográficos caracterizada por:

1 Afectar sobre todo a adultos jóvenes, cursar con buen pronóstico y recuperación completa de forma natural y gradual.

2 Alto nivel de recurrencia a lo largo de la vida (entre 25-30%).

3 Presentar una duración de entre una y dos semanas.

4 Frente a otras posibles causas, tienen un peso fundamental la presencia de enfermedades sistémicas o cardiovasculares. ✓

En la amnesia global transitoria pesan sobre todo los factores vasculares y sistémicos

Belloch describe la **amnesia global transitoria** como una pérdida brusca y masiva de recuerdos autobiográficos, a veces incluso de la identidad, que se recupera de forma natural y gradual. El episodio dura entre **dos y doce horas** y se resuelve en un periodo también breve. Afecta sobre todo a **mayores de 50 años**, tiene en general un curso benigno y solo recurre en un porcentaje bajo de personas (**entre el 3 y el 5 %**). Entre sus posibles causas están la **hipertensión arterial, las enfermedades coronarias**, las migrañas, el tabaquismo, la diabetes o la enfermedad vascular periférica. Otros factores, como el estrés, el dolor o la actividad física intensa, tienen un peso menor.

1 Afecta sobre todo a mayores de 50 años, no a adultos jóvenes, aunque es cierto que tiene buen pronóstico y se recupera de forma natural y gradual.

2 La recurrencia es baja, entre el 3 y el 5 %.

3 El episodio dura entre dos y doce horas, no semanas.

4 Las enfermedades sistémicas y cardiovasculares son las causas de mayor peso según el manual.

Trampa. La opción 1 mezcla dos datos ciertos (buen pronóstico y recuperación natural) con uno falso (adultos jóvenes).

Para fijarlo. Mayores de 50, unas horas, poca recurrencia y un fondo vascular.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 222.

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

79 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

La depresión doble:

1 Es un trastorno incluido en el DSM-5 para describir condiciones en las que coexiste una depresión mayor y un trastorno depresivo persistente.

2 Es un término empleado en protocolos de investigación. ✓

3 Es un trastorno incluido en el DSM-5 para describir condiciones en las que coexiste una depresión mayor y un trastorno por uso de sustancias.

4 Es un trastorno incluido en la CIE-11 para describir condiciones en las que coexiste una depresión mayor y un trastorno distímico.

La depresión doble es un término de los protocolos de investigación

Belloch define la **depresión doble** como un término empleado en **protocolos de investigación**, y no en los sistemas diagnósticos oficiales, para las condiciones en que coexisten un **trastorno de depresión mayor y un trastorno distímico**. El DSM-5 no la recoge como trastorno. Integra la distimia y la depresión mayor crónica en el **trastorno depresivo persistente** y registra los episodios depresivos mayores con especificadores de curso, como «con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual».

1 El DSM-5 no incluye un trastorno llamado depresión doble; esa coexistencia se recoge con los especificadores del trastorno depresivo persistente.

2 Es la definición de Belloch.

3 La depresión doble se refiere a la coexistencia de depresión mayor y distimia, no a la de depresión y consumo de sustancias.

4 Tampoco es un trastorno de la CIE-11: según Belloch, el término no se usa en los sistemas diagnósticos oficiales.

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. 204. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno depresivo persistente (distimia), págs. 168-171.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 113, PIR 2017 · n.º 64

80

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Según el DSM-5, algunas de las diferencias entre la depresión mayor y el trastorno bipolar son:

1. La depresión mayor responde peor al tratamiento antidepresivo convencional que el trastorno bipolar, y se considera que en general tiene más carga genética que éste.
2. El trastorno bipolar está asociado a un menor riesgo de suicidio que el trastorno depresivo mayor.
3. Los trastornos depresivos tienen más episodios de media a lo largo de la vida que los trastornos bipolares.
4. La depresión mayor tiene una prevalencia a los 12 meses del 7% aproximadamente, mientras que el trastorno bipolar tiene una prevalencia durante 12 meses del 0,6 % aproximadamente. ✓

La depresión mayor ronda el 7 % a los 12 meses y el bipolar I, el 0,6 % en el DSM-5

La clave combina dos cifras del DSM-5. La prevalencia a los 12 meses del **trastorno depresivo mayor** en Estados Unidos es de aproximadamente el **7 %**, y la del **trastorno bipolar I** según el DSM-IV, del **0,6 %**. Los distractores salen de la tabla de Belloch que compara depresiones unipolares y bipolares. Los trastornos depresivos tienen **menos episodios** a lo largo de la vida (4-5 frente a 8-9), **menor riesgo de suicidio** durante la depresión, menor riesgo de trastornos anímicos en familiares y mejor respuesta a los antidepresivos.

1. Según la tabla de Belloch, la respuesta a los antidepresivos es buena en la depresión y menos buena en el bipolar, y el riesgo de trastornos anímicos en familiares es más bajo en la depresión unipolar.
2. El riesgo de suicidio durante la depresión es mayor en los trastornos bipolares.
3. Los trastornos bipolares tienen más episodios de media (8-9 frente a 4-5).
4. Son las dos cifras del DSM-5.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, pág. 130; trastorno de depresión mayor, pág. 165. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 201-202.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 172

81

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Señala la opción INCORRECTA sobre el mutismo selectivo:

1. En el DSM-5 se incluye dentro de los trastornos de ansiedad.
2. En la CIE-10 el trastorno se denomina mutismo electivo.
3. En el DSM-5 se incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo. ✓
4. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

Desde el DSM-5 el mutismo selectivo es un trastorno de ansiedad y no del neurodesarrollo

En el DSM-IV el **mutismo selectivo** figuraba entre los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El DSM-5 lo incluye en el capítulo de **trastornos de ansiedad**, junto al trastorno de ansiedad por separación, y no en el de trastornos del neurodesarrollo; el DSM-5-TR mantiene esa ubicación. Su **criterio C** exige una duración mínima de **un mes**, no limitada al primer mes de escuela. El DSM-IV ya señalaba que la **CIE-10** recoge el trastorno con el nombre de **mutismo electivo**.

1. Es correcta; el DSM-5 lo coloca en el capítulo de trastornos de ansiedad.
2. Es correcta; la CIE-10 lo llama mutismo electivo.
3. Es la incorrecta, porque el mutismo selectivo no está en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo.
4. Es correcta; reproduce el criterio C.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de ansiedad, págs. 189 y 195.
American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Mutismo selectivo, págs. 120-122.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 118, PIR 2019 · n.º 138, PIR 2016 · n.º 193, PIR 2018 · n.º 93

82 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

El modelo de aprensión ansiosa ha sido propuesto por:

1 Borkovec.

2 Barlow. ✓

3 Semerari.

4 Wells.

Barlow propuso el modelo de aprensión ansiosa del trastorno de ansiedad generalizada

Belloch revisa varios modelos etiológicos del **trastorno de ansiedad generalizada**. Partiendo de su concepto de **aprensión ansiosa**, **Barlow** (1988, 2000) propuso que el TAG era el trastorno de ansiedad «básico». La aprensión ansiosa es una estructura cognitivo-afectiva difusa, cuyo componente central es el elevado afecto negativo, de naturaleza anticipatoria y con expectativas de impredecibilidad e incontrolabilidad. El modelo original sobre el TAG es el de **Borkovec**, que entiende la preocupación como evitación cognitiva, y **Wells** propuso el **modelo metacognitivo**, con las preocupaciones de tipo 1 y tipo 2.

1 Borkovec propuso el modelo de evitación emocional basado en la preocupación.

2 Barlow es el autor del modelo de aprensión ansiosa.

3 Semerari no figura entre los autores de los modelos del TAG que recoge el capítulo.

4 Wells es el autor del modelo metacognitivo del TAG.

Para fijarlo. Barlow aprensión, Borkovec evitación y Wells metacognición: tres modelos del TAG con tres apellidos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 57-60.

EN EL ATLAS

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

83 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

La Teoría de la Indefensión Aprendida de Selligman propone que:

1 El estilo atribucional de la depresión se caracteriza por atribuciones internas, estables y globales para los fracasos o acontecimientos negativos. ✓

2 El mantenimiento de las conductas por refuerzo social y la falta de habilidades sociales como principal determinante de la baja tasa de reforzamiento.

3 La pérdida de autoestima es el eje de la depresión.

4 La capacidad de autorrefuerzo es el eje de la depresión.

La indefensión aprendida reformulada atribuye los fracasos a causas internas, estables y globales

Belloch recoge, siguiendo la **teoría reformulada de la indefensión aprendida** de Abramson et al. (1978), la tendencia de algunas personas a pensar que la causa de sus acontecimientos negativos está en ellas mismas, que afectará a todo lo que hagan y que no cambiará. Es el **estilo atribucional depresivo**, que favorece la desesperanza, la indefensión y la depresión. Caballo resume que el modelo de Seligman (1975) se ha hecho cada vez más cognitivo y postula estilos atribucionales depresógenos con **atribuciones internas, estables y globales** de los sucesos negativos. Los distractores corresponden a otras teorías: **Lewinsohn**, la **psicodinámica** y el modelo de autocontrol de **Rehm**.

1 Es el estilo atribucional que describe la teoría reformulada.

2 Los déficits en habilidades sociales y la baja tasa de reforzamiento corresponden a la teoría conductual y cognitivo-conductual de Lewinsohn.

3 La baja autoestima como eje, tras la pérdida temprana del objeto amado, es el postulado psicodinámico.

4 Los déficits en autorreforzamiento forman parte del modelo de autocontrol de la depresión de Rehm (1977).

Ojo. El estilo atribucional procede de la reformulación de Abramson et al. (1978). El modelo inicial de Seligman (1975) era estrictamente conductual, basado en experiencias aversivas incontrolables.

Para fijarlo. La depresión según la indefensión piensa «es culpa mía, me pasará siempre y en todo».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 12, págs. 392-393.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo (Consulta).

Respuesta correcta: 3

El trastorno de pánico:

1. Tiene una prevalencia anual del 5-7% en la población general.
2. La mujer tiene el triple de probabilidad de desarrollar el cuadro que el hombre.
3. Presenta una elevada comorbilidad con enfermedades físicas y médicas. ✓
4. Presenta una baja comorbilidad con el trastorno bipolar.

El trastorno de pánico tiene una elevada comorbilidad con las enfermedades físicas

El DSM-5 sitúa la **prevalencia anual** del **trastorno de pánico** en torno al **2-3 %** en adultos y adolescentes de Estados Unidos y varios países europeos, y las mujeres se ven afectadas en una proporción de **2:1**. La prevalencia del trastorno es elevada en personas con otros trastornos de ansiedad, depresión mayor, **trastorno bipolar** y posiblemente consumo de alcohol, y es comórbido de manera significativa con numerosas **afecciones médicas**, como las arritmias, el hipertiroidismo, el asma, la EPOC o el síndrome del intestino irritable. Belloch destaca esa comorbilidad física como un aspecto de gran relevancia psicopatológica y clínica.

1. La prevalencia anual en la población general está en torno al 2-3 %.
2. La proporción es de aproximadamente 2:1, el doble y no el triple.
3. Es lo que dicen el DSM-5 y Belloch.
4. El trastorno bipolar está entre las comorbilidades frecuentes del trastorno de pánico.

Ojo. El DSM-5-TR añade que el 80 % de las personas con trastorno de pánico de la población general presentan algún diagnóstico mental comórbido a lo largo de la vida y especifica el trastorno bipolar I y II (pág. 241).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de pánico, págs. 210 y 213-214.
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 49.

EN EL ATLAS
Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 179

85 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

El mayor riesgo de conducta suicida en los trastornos psicóticos se ha descrito en:

1 La fase prodrómica de un episodio psicótico.

2 Los primeros años tras el inicio del trastorno psicótico. ✓

3 Los trastornos psicóticos de larga evolución.

4 Los trastornos psicóticos de inicio tardío (entre los 40 y los 60 años).

En la esquizofrenia el suicidio se concentra en los primeros años tras el inicio del trastorno

Fonseca recuerda que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se asocian de forma consistente a un **mayor riesgo suicida** que en la población general, en torno al 5 % en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. En la esquizofrenia, la muerte por suicidio se produce típicamente durante las **fases tempranas**. Entre el 14 y el 38 % de las personas con un **primer episodio psicótico** han hecho algún intento, y durante el **primer año** de contacto con los servicios de salud mental el riesgo de muerte por suicidio se duplica respecto a fases posteriores. Hasta el **70 % de los suicidios** ocurren en los primeros tres años de enfermedad, y prácticamente todos entre el diagnóstico y los siete años de evolución.

1 El manual no habla de la fase prodrómica. Sitúa la muerte por suicidio en las fases tempranas de la esquizofrenia, y el riesgo se duplica durante el primer año de contacto con los servicios de salud mental.

2 Es lo que recoge el manual: fases tempranas, primer año y primeros tres años.

3 Prácticamente todos los suicidios ocurren en los siete primeros años de evolución, así que la larga evolución no es la fase de mayor riesgo.

4 El inicio tardío no aparece como factor de mayor riesgo en el manual.

> **Para fijarlo.** En la psicosis, el riesgo suicida es mayor al principio: el primer año, los tres primeros y casi todo antes de los siete.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4, pág. 161.

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

86 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

El sesgo cognitivo denominado “salto a las conclusiones”:

1 Se asocia con la presencia de alucinaciones.

2 Se observa en menos de un tercio de los individuos con ideas delirantes.

3 Se asocia con la presencia de ideas delirantes. ✓

4 No se da en la población general.

El salto a las conclusiones es un sesgo específico de los delirios

Belloch define el **salto a las conclusiones** (JTC) como la tendencia a emplear pocos datos para tomar una decisión, sin buscar evidencias que la apoyen ni considerar alternativas. Se evalúa con la tarea de las «bolitas», y se considera que hay JTC cuando la persona decide tras ver dos bolitas o menos. Entre **la mitad y dos tercios** de los pacientes con delirios lo presentan, y el sesgo se relaciona con el **grado de convicción** delirante. Las revisiones apoyan, de forma entre moderada y fuerte, su **especificidad para los delirios**, sin relevancia en el resto de los síntomas positivos. Además se observa en pacientes recuperados, en familiares de primer grado y en la ideación delirante de la **población general**.

1 Las revisiones apoyan su especificidad para los delirios y no lo consideran relevante en el resto de los síntomas positivos, alucinaciones incluidas.

2 Lo presentan entre la mitad y dos tercios de los pacientes con delirios, no menos de un tercio.

3 Es lo que recoge el manual: el JTC se asocia a los delirios a través de los distintos diagnósticos.

4 El JTC se asocia también a la ideación delirante en la población general, y por eso se propone como rasgo de vulnerabilidad.

Para fijarlo. Dos bolitas bastan para decidir: así razona quien salta a las conclusiones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 266.

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

87 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Uno de los tratamientos multimodales integrados para la psicosis es:

1. La terapia interpersonal de Fairburn.
2. La terapia interpersonal y de ritmos sociales de Frank.
3. La terapia psicológica integrada de Roder, Müller, Brenner y Spaulding. ✓
4. La terapia interpersonal metacognitiva de Cheli, Lysaker y Dimaggio.

La terapia psicológica integrada de Roder es un tratamiento multimodal para la psicosis

Fonseca explica que la afectación multisistémica de la psicosis ha llevado a desarrollar **paquetes multimodales** de intervención. Uno de ellos es la **terapia psicológica integrada** (IPT) de **Roder** et al., centrada en las alteraciones **neurocognitivas** (atención, memoria operativa, resolución de problemas) y en la **cognición social**. Se aplica en grupo (5-8 personas), con cinco subprogramas, en sesiones de 30 a 90 minutos dos veces por semana durante al menos tres meses, y sigue una organización jerárquica desde los procesos básicos hasta la conducta interactiva compleja. Las demás opciones son terapias interpersonales que el mismo manual asocia con otros trastornos.

1. La terapia interpersonal aparece en la tabla 16.5, de los trastornos de la conducta alimentaria, en la fila de la bulimia nerviosa y con el estudio de Fairburn et al. (2015).
2. La terapia interpersonal y de ritmos sociales de Frank se desarrolló para el trastorno bipolar.
3. La IPT de Roder es el ejemplo de tratamiento multimodal integrado que da el manual.
4. La terapia interpersonal metacognitiva figura entre los tratamientos de los trastornos de la personalidad, y la referencia de Cheli, Lysaker y Dimaggio corresponde al trastorno esquizotípico.

Trampa. La sigla IPT se usa también para la terapia interpersonal (interpersonal psychotherapy). Aquí corresponde a la Integrated Psychological Therapy de Roder.

Para fijarlo. La IPT va de abajo arriba, de la atención y la percepción a la conducta interactiva compleja, y está concebida para aplicarse en grupo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 278-279; cap. 10, pág. 343; cap. 16, tabla 16.5, pág. 495; cap. 19, tabla 19.7, pág. 562.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 161

88 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Respecto al tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos:

1 El entrenamiento en habilidades sociales siempre incluye el manejo del abuso de sustancias.

2 Las intervenciones familiares se basan en las necesidades de los familiares del paciente.

3 Las intervenciones familiares se centran en que los familiares asuman el control del tratamiento psicofarmacológico del paciente.

4 El entrenamiento en habilidades sociales incluye la percepción emocional. ✓

El entrenamiento en habilidades sociales para la psicosis incluye la percepción emocional

Según Fonseca, el **entrenamiento en habilidades sociales** (SST) en la psicosis se centra en mejorar la competencia social, incluida la **cognición y la percepción social**, que el manual ejemplifica con la habilidad para evaluar adecuadamente las manifestaciones emocionales de los demás, además del procesamiento de la información social y las habilidades expresivas. Sobre las **intervenciones familiares**, explica que surgieron al reconocerse la necesidad de adaptar el tratamiento a las **necesidades individuales y familiares de cada caso**. Pretenden cambiar los ambientes adversos en el hogar, mejorar la comunicación y reforzar el afrontamiento, y la psicoeducación favorece un **rol activo de la persona con psicosis** en la gestión de su trastorno.

1 El manual describe los componentes del SST (percepción social, procesamiento de la información social, habilidades expresivas, afiliativas e interactivas) sin incluir siempre el manejo del abuso de sustancias.

2 Las intervenciones familiares se adaptan a las necesidades del caso, tanto las individuales como las de la familia, no solo a las de los familiares.

3 El objetivo es que la persona con psicosis tenga un rol activo en la gestión de su trastorno, no que los familiares controlen su tratamiento farmacológico.

4 La percepción social, que incluye evaluar las manifestaciones emocionales de los demás, forma parte del SST.

Ojo. La opción 2 es la más discutible, porque las necesidades familiares sí cuentan. El manual habla de las necesidades individuales y familiares de cada caso, y la opción deja fuera al paciente.

Para fijarlo. En la psicosis, entrenar habilidades sociales empieza por leer bien las emociones de los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 264-265 y 275-276.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 146

89 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes es una característica del modelo fenomenológico aplicado a la psicosis?:

1 Se centra en la experiencia subjetiva de la persona y en cómo se relaciona consigo misma, los demás y el mundo. ✓

2 Se centra en los procesos neurobiológicos implicados en el origen y desarrollo de los síntomas psicóticos.

3 Se centra en los procesos de vulnerabilidad y estrés, así como en la interacción de factores biológicos y ambientales.

4 Se centra en un modelo de continuidad que oscila desde los estados no clínicos hasta llegar a los niveles clínicos de síntomas psicóticos con necesidad de tratamiento.

El modelo fenomenológico entiende la esquizofrenia como un trastorno del yo y de la experiencia subjetiva

Fonseca repasa varios modelos explicativos de la psicosis. En los **modelos basados en la fenomenología**, la esquizofrenia puede considerarse un **trastorno del yo**, de la **ipseidad** o de la percepción de uno mismo, con hiperreflexividad, sentido disminuido de sí mismo y alteración de la articulación con el mundo. La perspectiva fenomenológica en psicoterapia se centra en la persona, en la relación interpersonal y en entender las experiencias en su contexto biográfico. Los demás modelos del capítulo son el de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring, los del neurodesarrollo y el de **propensión-persistencia-deterioro**, que plantea un continuo desde la expresión no clínica hasta la psicosis con necesidad de tratamiento.

1 Recoge el foco del modelo fenomenológico en la experiencia subjetiva y en la relación con uno mismo, los demás y el mundo.

2 Los procesos cerebrales implicados en el origen y desarrollo del cuadro son el núcleo de los modelos del neurodesarrollo.

3 La interacción entre vulnerabilidad y estrés, y entre factores biológicos y ambientales, define el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring.

4 El continuo desde los estados no clínicos hasta la psicosis con necesidad de tratamiento es el modelo de propensión-persistencia-deterioro.

Para fijarlo. La fenomenología pregunta cómo vive la persona su psicosis, más que de dónde viene.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 1, págs. 50-55. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 347.

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

90

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

En relación con los tratamientos psicológicos para los problemas relacionados con traumas y factores de estrés, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Las técnicas de exposición prolongada y de reestructuración cognitiva son las más eficaces para reducir los síntomas en víctimas de agresiones sexuales u otros traumas.
2. Entre los tratamientos psicológicos, distinguimos los tratamientos centrados en el trauma y los no centrados en el trauma.
3. El entrenamiento en inoculación de estrés sería un tipo de tratamiento psicológico centrado en el trauma. ✓
4. La terapia de procesamiento cognitivo sería un tipo de tratamiento psicológico centrado en el trauma.

La inoculación de estrés es un tratamiento no centrado en el trauma

Fonseca explica que la TCC aporta técnicas eficaces para el TEPT, y que la **exposición prolongada** y la **reestructuración cognitiva** son las más eficaces en víctimas de agresiones sexuales u otros traumas. Distingue los **tratamientos centrados en el trauma** (TCT), que trabajan sobre el recuerdo del suceso o su significado (exposición, terapia cognitiva, **terapia de procesamiento cognitivo**, EMDR), de los **no centrados en el trauma**, que tratan la experiencia de la persona sin dirigirse directamente a los síntomas, como la relajación, el **entrenamiento en inoculación de estrés** o las terapias centradas en el presente. Las guías de la APA y del NICE recomiendan los TCT como primera elección.

1. Es cierto, porque el manual las presenta como las técnicas más eficaces en víctimas de agresiones sexuales u otros traumas.
2. Es cierto, y es la distinción con la que el manual ordena los tratamientos.
3. Es la afirmación incorrecta, porque la inoculación de estrés figura entre los tratamientos no centrados en el trauma.
4. Es cierto, porque la terapia de procesamiento cognitivo es uno de los ejemplos de TCT.

> **Para fijarlo.** Si la terapia mira al recuerdo, está centrada en el trauma; si enseña a relajarse o a afrontar el estrés de hoy, no lo está.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 413.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 177, PIR 2024 · n.º 124, PIR 2025 · n.º 121, PIR 2025 · n.º 126

91 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿A qué experiencia nos referimos cuando una persona nos cuenta que cada vez que ve la foto de su padre comienza a escuchar voces que la insultan?:

1 Alucinación extracampina.

2 Alucinación negativa.

3 Alucinación refleja. ✓

4 Alucinación funcional.

Oír voces al ver una foto es una alucinación refleja, porque el estímulo y la alucinación son de modalidades distintas

Belloch describe varias variantes de la experiencia alucinatoria. En la **alucinación refleja**, la percepción correcta de un estímulo en una modalidad sensorial desencadena una alucinación en **otra modalidad distinta**. Es una variedad mórbida de la sinestesia, y en el caso del enunciado lo visual (la foto del padre) dispara lo auditivo (las voces). En la **alucinación funcional**, el estímulo real y la alucinación se perciben a la vez y **en la misma modalidad**. En la **alucinación negativa** el sujeto no percibe algo que sí está al alcance de sus sentidos, y la **extracampina** se experimenta fuera del campo sensorial posible.

1. La alucinación extracampina se experimenta fuera del campo visual o auditivo, como oír voces de otra ciudad.
2. La alucinación negativa consiste en no percibir algo que existe y está al alcance de los sentidos.
3. Un estímulo visual desencadena una alucinación auditiva, que es lo propio de la alucinación refleja.
4. En la alucinación funcional estímulo y alucinación comparten modalidad, como oír voces cada vez que se enciende la lavadora.

Trampa. La funcional y la refleja empiezan igual, con un estímulo real que desencadena la alucinación. Lo que las separa es si cambia la modalidad sensorial.

Para fijarlo. Funcional, el mismo sentido; refleja, un sentido dispara otro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.6, págs. 163-165.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 150

92 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina al fenómeno 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?:

1 Pensamientos automáticos negativos.

2 Rumiación. ✓

3 Preocupaciones.

4 Obsesiones.

La rumiación es pensar de forma repetitiva sobre las emociones negativas y sus causas

Belloch agrupa varios pensamientos repetitivos negativos. La **rumiación** es el 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, y está **más orientada al presente o al pasado reciente** que al futuro. La **preocupación** es una cadena de pensamientos e imágenes cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, un intento de resolver mentalmente problemas de resultado incierto. Los **pensamientos automáticos negativos** son autoafirmaciones negativas, breves y repentinas, y las **obsesiones** son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se viven como intrusos.

1 Los pensamientos automáticos negativos son autoafirmaciones breves y autodespreciativas que no guardan relación con la búsqueda de soluciones.

2 Es la definición de rumiación que da el manual.

3 La preocupación se orienta al futuro y representa un intento de resolución mental de problemas.

4 Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos o no deseados.

> **Para fijarlo.** La rumiación mira hacia atrás, al malestar y a sus porqués; la preocupación mira hacia delante, a lo que puede salir mal.

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. 242-246.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 34

93 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina el tipo de alucinaciones en el que se perciben sonidos simples como ruidos, pitidos, cuchicheos o pasos?:

1 Acoasmas. ✓

2 Fonemas.

3 Fotomas.

4 Fantosmias.

Los acoasmas son alucinaciones auditivas elementales como ruidos, pitidos o pasos

Belloch señala que las alucinaciones auditivas abarcan un rango muy amplio. En un extremo están las más **elementales**, sonidos de ruidos, pitidos, cuchicheos, murmullos, campanas o pasos, que reciben el nombre de **acoasmas**. En el otro, las alucinaciones estructuradas en las que la persona oye palabras con significado, que Wernicke llamó **fonemas**. En la modalidad visual, las imágenes elementales (destellos, llamas, círculos luminosos) se denominan **fotopsias o fotomas**, y las alucinaciones olfativas reciben el nombre de **fantosmias**.

1 Es el término para las alucinaciones auditivas elementales.

2 Los fonemas son voces alucinatorias estructuradas, con palabras que tienen significado.

3 Los fotomas o fotopsias son alucinaciones visuales elementales, como destellos o círculos luminosos.

4 Las fantosmias son alucinaciones olfativas.

Para fijarlo. Acoasma suena a ruido sin palabras; fonema ya lleva palabras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 160-162.

EN EL ATLAS

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

94

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

¿En cuál de los siguientes cuadros clínicos es más probable que encontremos un síndrome de Cotard?:

1. Demencia frontotemporal.
2. Episodio maníaco.
3. Epilepsia del lóbulo temporal.
4. Episodio depresivo mayor. ✓

El delirio nihilista o síndrome de Cotard aparece sobre todo en la esquizofrenia y la depresión mayor

Belloch describe los **delirios nihilistas**, de negación o **síndrome de Cotard**, como delirios de contenido extraño o imposible que giran en torno a la **no existencia del yo** o de alguna de sus partes, de los demás o del mundo: el paciente cree que está muerto, que no tiene cerebro o que está hueco por dentro. Se diferencian del delirio hipocondríaco en que el énfasis está en la no existencia del cuerpo. En la **tabla 8.8**, adaptada de Ludwig (1986), el contenido nihilista solo está marcado en la **esquizofrenia** y en el **episodio de depresión mayor**. De las cuatro opciones, la única que coincide es la depresión mayor.

1. Las demencias no aparecen asociadas al contenido nihilista en la tabla.
2. El episodio maníaco se asocia en la tabla a los delirios de grandeza y persecutorios, no a los nihilistas.
3. La epilepsia del lóbulo temporal no figura entre los cuadros de la tabla.
4. El episodio depresivo mayor es, junto con la esquizofrenia, el cuadro en el que el manual sitúa el delirio nihilista.

TABLA 8.8. CONTENIDOS TEMÁTICOS DELIRANTES MÁS FRECUENTES EN ALGUNOS TRASTORNOS MENTALES (ADAPTADO DE LUDWIG, 1986)

Contenidos	Esquizofrenia	Trastorno delirante	Episodio de depresión mayor	Episodio de manía	Demencias
Culpa, castigo			+		
Erotomaníaco	+				
Grandeza	+			+	+
Nihilista	+		+		
Persecutorio	+	+	+	+	+
Pobreza, ruina			+		
Referencia	+	+	+		+
Somático			+		+

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 8, tabla 8.8, pág. 259 (adaptada de Ludwig, 1986)

Para fijarlo. «Estoy muerto, no tengo órganos»: así habla el Cotard, propio de la esquizofrenia y de la depresión mayor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, tabla 8.8, págs. 259-260.

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

95 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 2

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) describe 5 reglas que aportan sugerencias para la conducta del terapeuta en sesión. ¿Cuáles son?:

1. Observar, reforzar, observar el efecto del refuerzo, reformular las conductas clínicas e interpretarlas.
2. Observar, evocar, reforzar, observar el efecto del refuerzo e interpretar. ✓
3. Observar, evocar, observar el efecto del refuerzo, interpretar y generar hipótesis alternativas.
4. Observar el efecto del refuerzo, evocar, disminuir conductas clínicamente relevantes tipo 2, aumentar conductas clínicamente relevantes tipo 1 e interpretar.

Las cinco reglas de la FAP son observar, evocar, reforzar, observar el efecto del refuerzo e interpretar

La **psicoterapia analítica funcional** (FAP) no describe técnicas específicas. En su lugar, propone **cinco reglas** para la conducta del terapeuta. Fonseca las enumera así: observar las conductas clínicamente relevantes (CCR) en el curso natural de la sesión; evocar o generar las condiciones para que aparezcan; reforzar las CCR2 de manera natural; **observar los efectos** potenciales de reforzamiento de la conducta del terapeuta, y **ofrecer interpretaciones** sobre las variables que afectan a la conducta del cliente. Rodríguez Morejón recoge las mismas cinco reglas.

1. Falta evocar y sobra reformular las conductas clínicas, que no es una de las reglas.
2. Son las cinco reglas en el orden en que las presenta el manual.
3. Falta reforzar, y generar hipótesis alternativas no forma parte de las reglas.
4. Invierte los tipos, porque lo que hay que reducir son las CCR1 y lo que hay que aumentar son las CCR2. Además, reducir unas y aumentar otras son objetivos del trabajo en sesión, no reglas de la conducta del terapeuta, y faltan observar y reforzar.

Para fijarlo. En la FAP el terapeuta mira, provoca, refuerza, comprueba si su refuerzo funciona y explica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, págs. 175-176. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 14, págs. 267-268.

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

96 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes estrategias forma parte del proceso terapéutico en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)?:

1. Fomentar que el paciente pueda fusionarse con sus valores personales.
2. Ayudar al paciente a contactar con su historia personal, así como con los contenidos y reglas que controlan sus actos y sus efectos. ✓
3. Generar en el paciente habilidades para reducir y tratar sus pensamientos aversivos con perspectiva, formulando explicaciones alternativas.
4. Entrenar al paciente en el control de sus eventos privados para que pueda orientarse hacia sus valores personales.

La ACT ayuda al paciente a contactar con su historia y con las reglas que controlan sus actos

La ACT concibe el problema central como una **evitación experiencial** destructiva, sostenida por reglas para evitar pensamientos y emociones que alivian a corto plazo pero acaban ampliando el malestar. Su objetivo es construir **flexibilidad psicológica**. Fonseca recoge las tres **estrategias centrales** de Törneke et al. (2016). La primera es ayudar al cliente a **contactar con el repertorio inflexible: su historia y los contenidos y reglas que controlan sus actos y sus efectos**. La segunda, potenciar la habilidad de experimentar un punto de observación de sus **eventos privados** (enmarcarlos en jerarquía con el yo). La tercera, clarificar y ampliar los **valores** como funciones motivacionales y seleccionar acciones en ese contexto.

1. La ACT trabaja los valores como funciones motivacionales que orientan la acción. La estrategia sobre los eventos privados busca tomar perspectiva de ellos, no fusionarse.
2. Es la primera de las tres estrategias de Törneke et al. que recoge el manual.
3. Reducir los pensamientos aversivos y formular explicaciones alternativas no figura entre las tres estrategias. La segunda pide enmarcar los eventos privados en perspectiva, de modo que sean las funciones relevantes las que controlen los actos.
4. La ACT entiende los intentos de controlar o evitar los eventos privados como parte del problema, la evitación experiencial, y no los entrena.

Para fijarlo. La ACT no discute con el pensamiento, lo observa desde el yo y elige actuar según los valores.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, págs. 180 y 186-187.

EN EL ATLAS: Tema F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

97 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 1

En relación con el uso de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) en el abordaje de la conducta suicida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

1. Dentro de la jerarquía de metas terapéuticas, el primer objetivo es abordar las conductas que interfieren con la terapia. ✓
2. Una de las reglas básicas del tratamiento es que la persona que realiza un acto suicida no puede llamar a su terapeuta durante las 24 horas siguientes.
3. Su versión para adolescentes (DBT-A) se ha constituido como el tratamiento psicológico mejor establecido para el abordaje de la conducta suicida en esta población.
4. Dentro de las estrategias de cambio, el análisis en cadena y el análisis de solución destacan por su utilidad en el abordaje de la conducta suicida.

En la jerarquía de metas de la TDC lo primero es reducir las conductas suicidas y parasuicidas

Díaz, Ruiz y Villalobos describen la **jerarquía de metas** de la terapia individual en la **TDC**. Primero, **reducir las conductas suicidas y parasuicidas**; segundo, reducir las **conductas que interfieren con la terapia**; tercero, las que interfieren en la calidad de vida, y cuarto, aumentar las habilidades. La opción 1 coloca en primer lugar lo que es la segunda meta. Las demás opciones son ciertas. Penadés recoge la **regla de las 24 horas**, que busca no reforzar la conducta problema, y el análisis en cadena seguido del análisis de solución. Fonseca sitúa la DBT-A como el tratamiento psicológico mejor establecido para las conductas autolíticas y la ideación suicida en adolescentes.

1. Es la afirmación incorrecta, porque el primer objetivo es reducir las conductas suicidas y parasuicidas, y las conductas que interfieren con la terapia van en segundo lugar.
2. Es cierto. Si ya se ha producido la conducta problema, no hay contacto telefónico con el terapeuta durante 24 horas, para no reforzarla.
3. Es cierto. Dos ensayos clínicos independientes sitúan la DBT-A como el tratamiento psicológico mejor establecido para las conductas autolíticas y la ideación suicida en adolescentes.
4. Es cierto. El análisis en cadena y el análisis de solución permiten identificar y seleccionar las estrategias de cambio más adecuadas.

> **Para fijarlo.** En la TDC primero se salva la vida, después la terapia, luego la calidad de vida y al final se suman habilidades.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, pág. 575. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 24, págs. 592 y 595. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, págs. 587-588.

EN EL ATLAS: Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Penadés (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 182, PIR 2025 · n.º 191

Respuesta correcta: 3

¿A qué tipo de conductas hacen referencia las conductas clínicamente relevantes tipo (CCR3) descritas en la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)?:

1. Conductas del paciente fuera de la sesión que poseen una equivalencia funcional con las observadas en el contexto terapéutico.
2. Conductas del paciente que constituyen una nueva clase funcional y que son ejemplos de mejoría.
3. Conductas, en forma de reglas, que incluyen discriminaciones del paciente sobre su propia conducta y sus elementos de control. ✓
4. Conductas que forman parte de la clase funcional problemática del paciente y que tienen una función de evitación.

Las CCR3 son reglas con las que el paciente discrimina su conducta y lo que la controla

La FAP clasifica la conducta del cliente en sesión en tres tipos. Las **CCR1** forman parte de la clase funcional problemática, suelen responder a funciones aversivas y tienen **función de evitación**. Las **CCR2** son conductas de la nueva clase funcional, **ejemplos de mejora** que ocurren en sesión. Las **CCR3** son aquellos ejemplos en los que el cliente relaciona lo que hace en sesión con lo que hace fuera y muestra conciencia de lo que controla su conducta. En definitiva, son **conductas en forma de reglas que incluyen discriminaciones de la propia conducta y sus elementos de control**, y el objetivo es que el cliente llegue a discriminar las auténticas razones de su comportamiento.

1. Las conductas de fuera de la sesión que son equivalentes a las de la consulta no son un tipo de CCR. La equivalencia funcional es el punto de partida de la terapia, la razón por la que el terapeuta puede trabajar con lo que ocurre en sesión.
2. Las conductas de la nueva clase funcional que son ejemplos de mejora son las CCR2.
3. Es la definición de CCR3 que recoge el manual.
4. Las conductas de la clase funcional problemática con función de evitación son las CCR1.

CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES (CCR) EN LA FAP

Tipo	Qué son	Qué hace el terapeuta
CCR1	Conductas que ocurren en el transcurso de la sesión y que forman parte de la clase funcional problemática en el cliente	Explorar esas funciones con el cliente e ir disminuyendo su frecuencia en el curso del tratamiento a través de las contingencias naturales, diferenciales
CCR2	Conductas de la nueva clase funcional, ejemplos de mejora y que ocurren en la sesión	No solo moldearlas, sino fomentarlas
CCR3	Conductas en forma de reglas que incluyen discriminaciones de la propia conducta y sus elementos de control	Que el cliente llegue a discriminar las auténticas razones de su comportamiento o las condiciones en las que tiene lugar

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 5, pág. 175

Para fijarlo. CCR1 es el problema que aparece en la consulta, CCR2 la mejora que aparece en la consulta y CCR3 lo que el paciente se explica de ambas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, pág. 175. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 14, págs. 266-267.

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

99 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5, en la autolesión no suicida:

1 El individuo se infringe lesiones superficiales no dolorosas de manera repetida.

2 Lo más habitual es que comience en los primeros años de la edad adulta.

3 El alivio o la respuesta deseada se experimenta durante o poco después de la autolesión. ✓

4 No aumenta el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

En el trastorno de autolesiones no suicidas el alivio llega durante la lesión o poco después

La **autolesión no suicida**, hoy **trastorno de autolesiones no suicidas** en el DSM-5-TR, figura en la Sección III entre las afecciones que necesitan más estudio. El **criterio B** propuesto dice que el individuo se autolesiona para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo, resolver una dificultad interpersonal o inducir un estado de sentimientos positivos. Su nota añade que el **alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión**, y que el individuo puede mostrar un patrón que sugiere dependencia. El DSM-5 describe lesiones superficiales **aunque dolorosas**, que suelen empezar en la adolescencia temprana.

1 Las lesiones son superficiales aunque dolorosas, y el criterio A habla de lesiones del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor.

2 Lo más habitual es que comience en la adolescencia temprana. Lo que alcanza un pico a los 20-29 años son los ingresos hospitalarios por autolesión.

3 Es la nota del criterio B.

4 El acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo que incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

Ojo. El DSM-5-TR añade a los criterios una nota con códigos de la CIE-10-MC para registrar la autolesión no suicida junto a cualquier diagnóstico, o incluso sin él, en «Otras afecciones que pueden ser objeto de atención clínica» de la Sección II (pág. 921).

Trampa. La opción 2 aprovecha un dato real del manual, el pico de ingresos a los 20-29 años, para situar mal la edad de inicio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, afecciones que necesitan más estudio, autolesión no suicida, págs. 803-805.

EN EL ATLAS: Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con DSM-5-TR (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 186

100 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 3

Según la propuesta de O'Connor y Nock (2014), el término conducta suicida se refiere específicamente:

1. A los pensamientos acerca de quitarse la vida.
2. A la formulación del modo de quitarse la vida.
3. Al conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionadamente la vida. ✓
4. A la participación en un comportamiento potencialmente autodestructivo en el que existe, al menos, alguna intención de morir como resultado del comportamiento.

Para O'Connor y Nock, la conducta suicida abarca pensamientos y comportamientos dirigidos a quitarse la vida

Según la propuesta de **O'Connor y Nock** (2014), el **suicidio** es el acto por el que un individuo pone fin intencionadamente a su propia vida. Reservan el término más general de **conducta suicida** para el **conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionadamente la vida**. Entre los pensamientos están la ideación suicida (pensar en quitarse la vida) y el plan suicida (formular el modo de hacerlo). Entre los comportamientos, el **intento de suicidio**, en el que hay al menos alguna intención de morir. La autolesión se define con la NICE como el autoenvenenamiento o la autolesión intencional, sea cual sea el motivo.

1. Los pensamientos acerca de quitarse la vida son la ideación suicida.
2. La formulación del modo de quitarse la vida es el plan suicida.
3. Es la definición que dan de conducta suicida, el término más general.
4. Participar en un comportamiento potencialmente autodestructivo con alguna intención de morir es el intento de suicidio.

Trampa. Las cuatro opciones son definiciones de la misma propuesta. Solo una corresponde al término general que pide el enunciado.

Para fijarlo. La conducta suicida es el paraguas que cubre la idea, el plan y el intento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 1, págs. 41-42. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 22, pág. 640.

EN EL ATLAS Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 104

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

Según la CIE-11, el trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA):

1. Incluye el síndrome de pica.
2. Incluye la ingesta de una variedad insuficiente de alimentos para satisfacer los requisitos energéticos o nutricionales adecuados. ✓
3. Está motivado por la preocupación por el peso o la forma corporal.
4. Excluye la dependencia de suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda.

El TERIA de la CIE-11 incluye una ingesta de variedad insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales

La CIE-11 (6B83) define el **trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos** (TERIA) como evitar o restringir la ingesta, con el resultado de una **cantidad o variedad insuficiente de alimentos para satisfacer los requisitos energéticos o nutricionales**. Esa ingesta ha llevado a pérdida de peso significativa, deficiencias nutricionales, **dependencia de suplementos orales o de alimentación por sonda**, o daño a la salud física, o bien produce un deterioro significativo del funcionamiento. El patrón **no está motivado por la preocupación por el peso o la forma corporal** y no se debe a falta de alimentos, a otra afección médica o trastorno mental ni a una sustancia. La pica tiene código propio, el 6B84.

1. El síndrome de pica es una categoría distinta (6B84), definida por el consumo regular de sustancias no nutritivas.
2. Es la primera de las consecuencias que exige la definición de la CIE-11.
3. La CIE-11 lo excluye de forma expresa, porque el patrón no está motivado por la preocupación por el peso o la forma corporal.
4. La dependencia de suplementos nutricionales orales o de alimentación por sonda es una de las consecuencias que recoge la definición, no un criterio de exclusión.

> **Para fijarlo.** En el TERIA se come poco o poco variado, sin que importe la figura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6B83 y 6B84.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con CIE-11 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 112

102

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 2

En Psicología de la Salud, el término "Optimismo Irreal" se refiere a:

1. La creencia irracional de que, con los avances de la medicina de hoy en día, cualquier enfermedad es potencialmente curable.
2. Un sesgo cognitivo por el que un individuo se considera a sí mismo con menos probabilidades, en comparación con otros, de desarrollar una enfermedad. ✓
3. La creencia, no contrastada, de que ser optimista se asocia con una mejor evolución y pronóstico de las enfermedades oncológicas.
4. Los mensajes minimizadores sobre la enfermedad que algunas personas transmiten a sus familiares enfermos con el fin de reducir su malestar.

El optimismo irreal lleva a creerse menos expuesto que los demás a enfermar

Amigo incluye entre las **creencias sobre la salud** que influyen en las prácticas de salud las relacionadas con la **vulnerabilidad percibida** por el propio sujeto. En general, las personas tienden a ver el futuro de su salud de un modo **excesivamente optimista y poco realista**: cuando se les pide estimar la probabilidad de padecer una enfermedad, la mayoría cree que la suya está **muy por debajo de la media**. Ese sesgo, una comparación con los demás que favorece a uno mismo, es lo que el enunciado llama optimismo irreal; Amigo lo describe sin darle ese nombre. En el mismo apartado el manual describe otra creencia distinta, la **compensación del riesgo**, por la que un hábito sano se usa para neutralizar uno insano.

1. El concepto no trata de la confianza en la capacidad de la medicina para curar. Se refiere a cómo valora la persona su propia probabilidad de enfermar.
2. Recoge las dos notas del concepto, que son un sesgo sobre la propia vulnerabilidad y la comparación con los demás.
3. El optimismo irreal no es una creencia sobre el efecto del optimismo en la evolución del cáncer, sino sobre el riesgo propio de llegar a enfermar.
4. Los mensajes que se transmiten a un familiar enfermo no tienen que ver con la vulnerabilidad que uno percibe en sí mismo, que es el núcleo del concepto.

> **Para fijarlo.** «A mí no me va a pasar»: cada uno se ve con menos papeletas que la media para enfermar, y la media no puede estar por debajo de sí misma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 3.4.

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

103

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 1

La Teoría de la Motivación para la Protección fue desarrollada por Rogers (1985) para ampliar el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) de Becker y Maiman (1975). ¿Cuál es el factor que añade Rogers al MCS?:

1. Miedo a padecer la enfermedad. ✓
2. Susceptibilidad a la enfermedad.
3. Severidad de la enfermedad.
4. Beneficios percibidos de la conducta preventiva.

Rogers amplió el modelo de creencias sobre la salud añadiendo el miedo

Según Amigo, en el **modelo de creencias sobre la salud** de Becker y Maiman (1975) la disposición a adoptar una conducta de salud depende de la susceptibilidad y la severidad percibidas, del coste y los beneficios de la conducta preventiva, de las claves para actuar, de la motivación para la salud y del control percibido. Rogers (1985) desarrolló la **teoría de la motivación para la protección** (TMP), con la que ampliaba ese modelo para dar cabida al **miedo** como **componente emocional** del cuidado de la salud. La TMP agrupa la severidad, la susceptibilidad y el miedo en la **evaluación de la amenaza**, y la efectividad de la respuesta y la autoeficacia en la **evaluación del afrontamiento**.

1. Es el elemento que Rogers añade al modelo, el componente emocional del cuidado de la salud.
2. La susceptibilidad a la enfermedad ya es un factor del modelo de creencias sobre la salud, y la TMP la conserva.
3. La severidad de la enfermedad también figura en los dos modelos, así que no es lo que añade Rogers.
4. Los beneficios de la conducta preventiva pertenecen al modelo de creencias sobre la salud. La TMP no los recoge con ese nombre; habla de efectividad de la respuesta.

DEL MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD A LA TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN PARA LA PROTECCIÓN

Modelo	Factores que determinan la conducta de salud
Modelo de creencias sobre la salud (Becker y Maiman, 1975)	Susceptibilidad a la enfermedad; severidad de la enfermedad; coste de llevar a cabo la conducta preventiva; beneficios de llevar a cabo la conducta preventiva; claves para actuar; motivación para la salud; control percibido
Teoría de la motivación para la protección (Rogers, 1985)	Severidad de la enfermedad; susceptibilidad a la enfermedad; efectividad de la respuesta; autoeficacia; miedo
TMP: evaluación de la amenaza	La severidad, la susceptibilidad y el miedo
TMP: evaluación del afrontamiento	La efectividad y autoeficacia

Fuente: Amigo (2020), cap. 2, apdos. 4.1-4.2

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1-4.2.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 102, PIR 2025 · n.º 89

104

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios · Anulada

Anulada

Respecto del peso total de una persona, ¿qué porcentaje de peso recomienda perder la Organización Mundial de la Salud (OMS) a personas adultas con sobrepeso u obesidad?:

1. Mínimo un 10% del peso total.
2. Un 10% en casos de sobrepeso y un 20% en obesidad.
3. Entre el 5 y el 10% del peso total. ·
4. Depende del grado de sobrepeso u obesidad de la persona.

Para la OMS la pérdida de peso no debería pasar del 10 %, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Amigo explica que el objetivo del tratamiento del sobrepeso y la obesidad era alcanzar el **«peso ideal»**, y que se ha ido modificando al conocerse lo difícil que es perder peso y, sobre todo, mantenerlo. Desde comienzos de siglo, la **OMS** indica que la pérdida **no debería superar el 10 %** del peso total, incluso en la obesidad, porque cuanto más peso se pierde más probable es recuperarlo, y porque pérdidas del **5-10 %** del peso inicial ya mejoran de forma significativa las complicaciones de la obesidad, el estado de ánimo, la imagen corporal y la calidad de vida. El motivo de la anulación no consta en el corpus.

1. El manual presenta el 10 % como el techo de la pérdida recomendada, no como un mínimo.
2. El manual no distingue entre sobrepeso y obesidad, porque la OMS indica que la pérdida no debería superar el 10 % del peso total incluso en los casos de obesidad.
3. Clave provisional. Coincide con las pérdidas del 5-10 % que, según el manual, mejoran las complicaciones de la obesidad sin superar el límite del 10 %.
4. El manual no hace depender el porcentaje del grado de sobrepeso; da el mismo límite para cualquier caso.

Ojo. El manual habla de que la pérdida «no debería superar» el 10 % y de que las pérdidas del 5-10 % son beneficiosas, pero no usa la fórmula «recomienda perder». Se ha señalado que la propia OMS, en un informe del año 2000 que no está en el corpus, recoge pérdidas mayores; no consta que ese fuera el motivo de la anulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 5.

EN EL ATLAS: Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

105

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Según Miller y Rollnick (2015), los "Procesos" de la Entrevista Motivacional son:

1. Vincular, focalizar, evocar y planificar. ✓
2. Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.
3. Autoconciencia, autoevaluación y autoliberación.
4. Generar motivación y consolidar el compromiso.

Los cuatro procesos de la entrevista motivacional son vincular, enfocar, evocar y planificar

Penadés presenta la **entrevista motivacional** como una manera de comunicarse con las personas para facilitar el cambio, no como una técnica ni un tratamiento. La propuesta de Miller y Rollnick (2015) define **cuatro procesos**, que pueden aparecer de forma secuencial o solapada: **vincular** (generar una alianza y relación de trabajo), **enfocar** (localizar objetivos de cambio compartidos), **evocar** (explicitar las motivaciones de la persona hacia el cambio) y **planificar** (concretar cómo hacer el cambio). El manual añade que no puede haber entrevista motivacional sin vincular, enfocar y evocar. «Focalizar» es aquí sinónimo de enfocar.

1. Son los cuatro procesos del cuadro 26.5, con «focalizar» en lugar de «enfocar».
2. Son estadios del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, y además falta la preparación. Describen en qué punto está la persona, no lo que hace el entrevistador.
3. La autoevaluación y la autoliberación son procesos de cambio del modelo transteórico, que Fonseca relaciona con sus fases en la tabla 3.8. No son procesos de la entrevista motivacional.
4. Generar motivación y consolidar el compromiso no son los cuatro procesos de la propuesta de 2015 que recoge el manual.

Trampa. Las opciones 2 y 3 vienen del modelo transteórico, que suele explicarse junto a la entrevista motivacional: estadios en una y procesos de cambio en la otra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, cuadro 26.5, págs. 631-632. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, tabla 3.8, pág. 101.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 137

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son las "Tareas de Duelo" que propone Worden (1991; 2013)?:

1 Trabajar la tristeza por la pérdida, adaptarse a un mundo en el que el fallecido está ausente, recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

2 Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida, ayudar a expresar la tristeza y dotar de significado a la pérdida.

3 Shock, anhelo y búsqueda, desorganización y reorganización.

4 Aceptar la realidad de la pérdida, elaborar el dolor, adaptarse a un mundo sin el fallecido y hallar un modo de recordar al fallecido al embarcarse en una nueva vida. ✓

Worden describe cuatro tareas que hace quien está en duelo, empezando por aceptar la realidad de la pérdida

Fonseca recoge que los modelos clásicos del duelo se dividen en los centrados en fases y los basados en tareas. Entre los segundos, el más conocido es el de **Worden**, que continúa la idea freudiana del duelo como un trabajo y describe **cuatro tareas** que la persona en duelo debe realizar: **aceptar la realidad de la pérdida** y que el reencuentro no es posible, **experimentar el dolor** del duelo, **ajustarse a un entorno** en el que el fallecido ha desaparecido y **reubicar al fallecido** e invertir las energías en una nueva vida. La opción 4 dice lo mismo con otras palabras.

1 Recuerda a las tareas de Worden, pero falta la primera, aceptar la realidad de la pérdida, y parte la cuarta en dos.

2 Está formulada como objetivos de quien ayuda («ayudar a aceptar», «ayudar a expresar»), y Worden describe tareas que realiza la propia persona en duelo. Además, son tres y no cuatro.

3 Se parece a las cuatro fases de Bowlby, que el manual presenta como modelo de fases: shock y negación, anhelo y protesta, desesperación y desorganización, y reorganización.

4 Son las cuatro tareas de Worden que recoge el manual.

Ojo. En la misma página el manual advierte que la investigación reciente no encuentra evidencias empíricas que sustenten los modelos clásicos, sean de fases o de tareas, y entiende el duelo como un proceso no lineal y muy individual.

Para fijarlo. Worden habla de tareas, que la persona hace; Bowlby y Kübler-Ross, de fases, que la persona atraviesa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, pág. 733.

EN EL ATLAS
Tema B35 · Duelo en infancia y adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

107

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 1

En la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al tratamiento del dolor crónico, ¿qué objetivo tiene la fase de "Desesperanza creativa"?:

1. Ayudar al paciente a percibir la falta de eficacia de sus estrategias para combatir el dolor. ✓
2. Ayudar al paciente a debilitar el contexto verbal/social que controla el dolor.
3. Ayudar al paciente a desarrollar e implementar planes de conducta para cambiar de vida.
4. Ayudar al paciente a establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor.

La desesperanza creativa muestra al paciente que lo que ha hecho contra el dolor no funciona

Amigo explica que la **terapia de aceptación y compromiso** (ACT) busca enseñar al paciente a convivir con el dolor y recuperar lo valioso que abandonó tras su aparición. La terapia empieza por la **desesperanza creativa**, cuyo objetivo es que el paciente tome conciencia de la **falta de efectividad de las estrategias** que ha empleado para paliar o eliminar el dolor, y ponerle en perspectiva de otras formas de responder ante él. No se analizan el contenido de su historia ni sus distorsiones cognitivas; se subraya la **falta de utilidad** de lo hecho, por ejemplo con la metáfora del agujero y la pala. La tabla 10.3 resume las seis fases (Robinson, Wicksell y Olsson, 2004).

1. Es el objetivo de la desesperanza creativa en la tabla 10.3.
2. Debilitar el contexto verbal/social que controla el dolor es un objetivo de la fase de alterar el papel del lenguaje.
3. Desarrollar e implementar planes de conducta para cambiar la vida corresponde a la última fase, patrones de acción y compromiso.
4. Establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor es el objetivo de la fase del self como contexto.

TABLA 10.3. FASES DEL TRATAMIENTO DE LA ACT PARA EL DOLOR CRÓNICO (ROBINSON, WICKSELL Y OLSSON, 2004): FASES Y OBJETIVOS

Fase de tratamiento	Objetivos
Desesperanza creativa	Ayudar al paciente a percibir la falta de eficacia de sus estrategias para combatir el dolor. Mostrarle otras formas de responder al dolor.
El control como problema	Ayudar al paciente a ver la eliminación del dolor como una estrategia que no funciona. Ayudarle a ver la relación entre control y sufrimiento.
Alterar el papel del lenguaje	Ayudar al paciente a ver sus pensamientos y sentimientos, incluyendo las razones que se da para explicar su comportamiento, desde la perspectiva de un observador. Ayudarle a debilitar el contexto verbal/social que controla el dolor.
El self como contexto	Ayuda al paciente al ver el self como algo distinto de su mente. Establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor.
Valores	Enseñar al paciente a identificar los valores importantes de su vida. Proporcionarle fuerza motivacional para seguir funcionando con el dolor.
Patrones de acción y compromiso	Ayudar a desarrollar e implementar planes de conducta para cambiar la vida.

Fuente: Amigo (2020), cap. 10, tabla 10.3 (Robinson, Wicksell y Olsson, 2004)

Trampa. Los tres distractores son objetivos de otras fases de la misma tabla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 6.2, tabla 10.3.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 88

108

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles de los siguientes patrones de afrontamiento del cáncer se han asociado a un menor malestar emocional y más adecuada modulación de la percepción del dolor?:

1. Búsqueda de apoyo social y escape/evitación cognitiva.
2. Centrarse en lo positivo y escape/evitación conductual.
3. Distanciamiento y escape/evitación tanto cognitiva como conductual.
4. Búsqueda de apoyo social, centrarse en lo positivo y distanciamiento. ✓

Apoyo social, centrarse en lo positivo y distanciamiento reducen el malestar en el cáncer

Amigo recoge los cinco patrones de afrontamiento del cáncer de Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1992): **búsqueda del apoyo social**, **centrarse en lo positivo**, **distanciamiento**, escape y evitación cognitiva, y escape y evitación conductual. Los datos indican que los tres primeros pueden servir para **reducir la tensión psicológica y el malestar emocional**, y que además **modulan positivamente la percepción del dolor**. Por el contrario, cualquier forma cognitiva o conductual de **evitación o escape** usada para «olvidarse» de la enfermedad se asocia a mayor tensión emocional y distrés psicológico, y el malestar aumenta si la familia adopta el mismo patrón.

1. La búsqueda de apoyo social ayuda, pero el escape y la evitación cognitiva se asocian a más tensión emocional.
2. Centrarse en lo positivo ayuda, pero el escape y la evitación conductual empeoran el malestar.
3. El distanciamiento es adaptativo, pero va unido aquí a las dos formas de escape y evitación, que el manual asocia a más distrés.
4. Son los tres patrones que, según el manual, reducen el malestar emocional y modulan la percepción del dolor.

> **Trampa.** Cada distractor mezcla un patrón adaptativo con alguna forma de escape o evitación; basta con descartar todo lo que lleve evitación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, apdo. 5.

Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Amigo (Base).

109

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D7 · Apoyo social y salud

Respuesta correcta: 2

¿Qué explicación se plantea desde la "Hipótesis de la Amortiguación"?:

1. El apoyo social mejora la salud al incrementar el sentido de responsabilidad sobre la propia vida.
2. El apoyo social mitiga los daños sobre la salud que produce la exposición al estrés. ✓
3. Las personas con buen apoyo social desarrollan menos conductas de riesgo para la salud.
4. El apoyo social facilita la realización de conductas saludables y de autocuidado.

Según la hipótesis de la amortiguación, el apoyo social atenúa el daño que causa el estrés

Amigo explica que muchas investigaciones se han preguntado si la red social protege la salud por dos vías. La **hipótesis de la amortiguación** sostiene que el apoyo **atenúa el impacto del estrés**; la **hipótesis del efecto directo**, que es beneficioso **al margen del estrés** que se padezca. Para probar la amortiguación, los estudios miden el estrés y el apoyo y buscan una **interacción** entre ambos; si es significativa, el apoyo reduce el impacto del estrés. Este efecto aparece sobre todo con el **apoyo funcional**, mientras que el trato social o apoyo estructural se relaciona con menor mortalidad sin que esté claro que actúe a través del estrés.

1. El manual no explica el efecto del apoyo por un mayor sentido de responsabilidad sobre la propia vida, y la opción no menciona el estrés, que es lo que define la amortiguación.
2. Es la definición del manual: el apoyo social atenúa el impacto del estrés.
3. Hablar de menos conductas de riesgo no implica al estrés. Se acerca más a la idea de un beneficio al margen del estrés, la del efecto directo.
4. Facilitar las conductas saludables y el autocuidado tampoco depende del estrés, así que no describe la amortiguación.

Para fijarlo. Un amortiguador solo trabaja cuando hay bache: sin estrés no hay nada que amortiguar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdos. 3, 3.1 y 3.2.

EN EL ATLAS: Tema D7 · Apoyo social y salud. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 111

110

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 2

¿En función de qué criterio clasifican Mrazek y Haggerty (1994) las estrategias de prevención de la enfermedad cuando proponen la clasificación de prevención universal, selectiva e indicada?:

1 En función del momento de evolución del problema o enfermedad.

2 En función del tipo de población a la que se dirige la actividad preventiva. ✓

3 En función del tipo de enfermedad que se pretende prevenir.

4 En función del ámbito en el que se desarrolla el programa preventivo.

La prevención universal, selectiva e indicada se ordena según la población a la que se dirige

Al-Halabí y Fonseca-Pedrero recogen la categorización en **prevención universal, selectiva e indicada** (Gordon, 1983; Haggerty y Mrazek, 1994), que distingue las estrategias por el **alcance** de sus medidas, es decir, por el grupo de **población** al que se dirigen. La **universal** es adecuada para toda la población, incluso para quien tiene bajo riesgo. La **selectiva** se aplica a un subgrupo más vulnerable (por sexo, edad, trabajo, diagnóstico) aunque no muestre signos del problema. La **indicada** actúa sobre personas concretas que ya presentan signos mínimos pero detectables. El manual la propone frente a la división clásica en prevención primaria, secundaria y terciaria, que considera limitada.

1 El momento del problema se acerca más a la división clásica en primaria, secundaria y terciaria, que distingue entre prevenir el origen, abordar los problemas en población vulnerable y evitar las recaídas.

2 Es el criterio de la clasificación: cada categoría se define por el grupo de población al que se dirige.

3 La clasificación no depende del tipo de enfermedad. El manual la aplica a la conducta suicida y recuerda que la OMS la ha adoptado como modelo de referencia.

4 El ámbito en que se desarrolla el programa no aparece como criterio de la clasificación.

Para fijarlo. Universal, para todos; selectiva, para los grupos vulnerables; indicada, para quien ya da señales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 5, págs. 177-179.

EN EL ATLAS: Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 163

111

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos

Respuesta correcta: 2

Según la OMS (2003), la adherencia terapéutica es:

1. El grado en el que la conducta de un paciente (tomar medicación, seguir una dieta y/o cambios en el estilo de vida) coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario.
2. El grado en el que el comportamiento de una persona (tomar medicación, seguir una dieta y/o cambios en el estilo de vida) se corresponde con lo acordado con el profesional de la salud. ✓
3. Un concepto utilizado preferentemente en investigación.
4. Un concepto en desuso.

La adherencia se ajusta a lo acordado con el profesional, y el cumplimiento, a sus instrucciones

Amigo cuenta que la idea se planteó primero como **compliance** o cumplimiento (Haynes, Sackett y Taylor, 1979): la medida en que el comportamiento de la persona **coincide con las instrucciones médicas**. Se criticó por su carácter **paternalista**, porque dejaba al paciente como receptor pasivo. Por eso en los años noventa se introdujo el término **adhesión**, que subraya un papel más **activo y responsable** del paciente y se define como la medida en que su conducta se ajusta a las **recomendaciones acordadas** con el clínico. La opción 2 recoge esa idea de acuerdo, y la 1 describe el cumplimiento.

1. Es la definición de cumplimiento (compliance): la conducta coincide con las instrucciones del personal sanitario, sin acuerdo previo.
2. Describe la adherencia como correspondencia con lo acordado con el profesional.
3. El manual no la presenta como un concepto propio de la investigación; dedica un capítulo a su importancia clínica y a cómo promoverla.
4. Lejos de estar en desuso, es el término que sustituyó al de cumplimiento a partir de los años noventa.

Ojo. La definición de la OMS (2003) que cita el enunciado no está en el corpus. Amigo atribuye la definición de adhesión basada en lo acordado al NICE (2009) y usa «adhesión» en lugar de «adherencia».

Trampa. Las opciones 1 y 2 solo se diferencian en «instrucciones» frente a «acordado»; esa palabra separa el cumplimiento de la adherencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, apdo. 2.

Tema D3 · Adhesión a los tratamientos terapéuticos. Se estudia con Amigo (Base).

112

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Respuesta correcta: 2

¿Qué emparejamiento de autor y aportación teórica es CORRECTO?:

1. Teoría de las relaciones objetales/Sigmud Freud.
2. Sostenimiento emocional (holding)/Donald W. Winnicott. ✓
3. Real, imaginario, simbólico/Melanie Klein.
4. Separación-Individuación/Karen Horney.

El holding, el sostén físico y emocional de la madre, es una idea de Winnicott

Rodríguez Morejón expone a los autores psicodinámicos posteriores a Freud. Para **Winnicott**, las primeras relaciones entre la madre y su bebé son fundamentales para el desarrollo: el niño necesita un buen apoyo físico y emocional de la madre, el **holding**, y los problemas psicológicos surgen cuando algo falla en esa relación. La **teoría de las relaciones objetales** es de **Melanie Klein**, que desarrollaron después discípulos como Fairbairn, Bion o el propio Winnicott. Los registros de **lo real, lo simbólico y lo imaginario** son de **Lacan**. El proceso de separación-individuación lo describió Margaret Mahler, dentro de la psicología del Yo, según Rojí y Saúl.

1. Las relaciones objetales dan nombre a la teoría de Melanie Klein, no a una aportación de Freud.
2. Es el emparejamiento correcto: el holding es el apoyo físico y emocional de la madre que describe Winnicott.
3. Lo real, lo imaginario y lo simbólico son los tres registros psíquicos de Lacan.
4. La separación-individuación es de Margaret Mahler. Karen Horney figura en el manual como representante del culturalismo.

Trampa. Los cuatro conceptos son reales y de la misma familia; la pregunta se resuelve sabiendo de quién es cada uno, y Klein aparece en la opción que no le corresponde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 4, págs. 121, 133 y 139-141. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 2, apdo. 2.2.

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

113

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

Según Lambert, ¿qué factor de la varianza del cambio terapéutico tiene más peso?:

1 Factores comunes.

2 Factores técnicos.

3 Cambio extra-terapéutico. ✓

4 Expectativas, placebo.

Para Lambert, lo que más pesa en el cambio son los factores extraterapéuticos del cliente

Lambert (1992) propuso un modelo de factores comunes basado en la investigación según el cual la varianza del éxito en psicoterapia se reparte entre cuatro variables: **factores extraterapéuticos del cliente (40 %)**, **relación terapéutica (30 %)**, placebo, expectativas y esperanza de cambio (15 %) y modelo o técnicas (15 %). Fonseca lo recoge con las mismas cifras y llama **factores comunes** al 30 %, con la relación terapéutica como ejemplo. Rodríguez Morejón subraya la menor contribución de la técnica frente a los factores del cliente. Revisiones posteriores, como la de **Norcross y Lambert (2019)**, cambian el reparto, pero la pregunta se refiere al modelo original.

1. Los factores comunes, con la relación terapéutica como ejemplo, explican el 30 %, por detrás del cambio extraterapéutico.
2. El modelo y las técnicas solo explican el 15 % de la varianza.
3. Los factores extraterapéuticos del cliente explican el 40 %, la mayor porción del modelo.
4. El placebo y las expectativas de cambio explican también el 15 %.

REPARTO DE LA VARIANZA DEL RESULTADO SEGÚN LAMBERT (1992)

Variable	Porcentaje
Factores extraterapéuticos del cliente	40 %
Relación terapéutica	30 %
Placebo, expectativas y esperanzas de cambio	15 %
Modelo/técnicas	15 %

Fuente: Rodríguez Morejón (2019), cap. 33, págs. 537-538

Ojo. Norcross y Lambert (2019) dejan un 40 % de la varianza sin explicar y atribuyen un 30 % al cliente y otro 30 % al resto de factores combinados (Fonseca, pág. 89). Si una pregunta cita ese trabajo, las cifras cambian.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 89.
Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 33, págs. 537-538.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación) y Rodríguez Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 191, PIR 2024 · n.º 107

114

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

¿Qué terapia propone que en el trastorno límite de la personalidad hay una alteración en la capacidad de dar sentido y comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales?:

1 Terapia Dialéctico Conductual.

2 Terapia de Conducta.

3 Terapia Morita.

4 Terapia Basada en la Mentalización. ✓

La terapia basada en la mentalización entiende el trastorno límite como un fallo para leer estados mentales

Fonseca recoge que la **terapia basada en la mentalización** (TBM) de Bateman y Fonagy entiende los trastornos de la personalidad como una **alteración de la mentalización**, definida como la capacidad de **dar sentido y comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales**. Por eso da un papel central a las **relaciones interpersonales** y a la **regulación emocional**. Su objetivo es aumentar esa capacidad activando los esquemas de apego, en un formato grupal combinado con el individual y con técnicas como «párate, escucha, mira» y «párate, rebobina y explora». El enunciado reproduce casi palabra por palabra esa definición.

1 La terapia dialéctica conductual, diseñada para el trastorno límite, busca que la persona ponga en marcha conductas funcionales y ajustadas al contexto a pesar de la intensidad de sus emociones. No se define por la mentalización.

2 La terapia de conducta no es la que el manual define por la mentalización; esa definición corresponde a la TBM.

3 La terapia Morita no aparece en el capítulo, y la definición del enunciado corresponde a la TBM.

4 Es la definición de mentalización con la que el manual presenta la TBM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, págs. 557 y 569.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 198, PIR 2022 · n.º 200, PIR 2025 · n.º 40, PIR 2025 · n.º 161

115

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 4

Según la CIE-11, la hipocondriasis se encuentra dentro del grupo de:

1. Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal.
2. Trastornos disociativos.
3. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.
4. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados. ✓

La CIE-11 clasifica la hipocondría entre los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

En la **CIE-11** la **hipocondría** (6B23) está dentro del grupo de **trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados** (6B20-6B2Z), junto al trastorno obsesivo-compulsivo y al dismórfico corporal. Se caracteriza por la preocupación o el miedo persistentes a tener una o más enfermedades graves, progresivas o potencialmente mortales, acompañados de **conductas repetitivas y excesivas** relacionadas con la salud (revisar el cuerpo, buscar información, pedir tranquilidad) o de **evitación desadaptativa** (por ejemplo, de las citas médicas). Incluye el trastorno de ansiedad por enfermedad.

1. El trastorno de distrés corporal excluye de forma expresa la hipocondría, que se codifica en otro grupo.
2. Los trastornos disociativos son otro grupo y no incluyen la hipocondría.
3. El grupo de ansiedad o relacionados con el miedo la remite a otra parte, con el código 6B23.
4. Es el grupo en el que la CIE-11 sitúa la hipocondría, con el código 6B23.

Ojo. El DSM-5-TR, en cambio, coloca el trastorno de ansiedad por enfermedad en el capítulo de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados (pág. 357), y Belloch (2020, vol. II, cap. 9, pág. 286) recoge esa misma diferencia entre las dos clasificaciones. Por eso el Atlas lo estudia en el tema B18.

Trampa. Las opciones 1 y 3 son los grupos con los que la hipocondría se confunde, y la CIE-11 la excluye de ambos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6B23, dentro de 6B20-6B2Z; véanse también el grupo 6B00-6B0Z («codificado en otra parte») y las exclusiones de 6C20. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 286. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de ansiedad por enfermedad, pág. 357.

EN EL ATLAS

Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con CIE-11 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

116 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

¿Qué modalidad de tratamiento se considera como primera opción en la anorexia nerviosa?:

1. Ingreso hospitalario con separación familiar.
2. Ingreso domiciliario con supervisión familiar.
3. Tratamiento ambulatorio. ✓
4. Recursos de hospitalización parcial.

En la anorexia nerviosa la primera modalidad de tratamiento es la ambulatoria

Fonseca reconoce que los datos sobre la eficacia de los tratamientos de la anorexia son controvertidos, sobre todo en adultos, pero recoge las directrices de las guías internacionales. En **modalidad de tratamiento**, no hay duda de que la primera debe ser la **ambulatoria**. La **hospitalización** se reserva para casos con **criterios específicos**: fracaso del enfoque ambulatorio, complicaciones médicas graves, IMC muy bajo, signos vitales alarmantes, falta de colaboración, depresión y alta suicidalidad, comorbilidad psiquiátrica o factores ambientales como una mala relación familiar. Las conclusiones del capítulo lo repiten: la modalidad recomendada en la mayoría de los casos es la ambulatoria.

1. El ingreso hospitalario queda para los casos que cumplen criterios específicos, y el manual no habla de separación familiar como norma.
2. El manual no recoge un ingreso domiciliario como primera opción.
3. Es la primera modalidad que recomiendan las guías.
4. El manual no presenta la hospitalización parcial como primera opción; toda forma de hospitalización exige criterios específicos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488 y 495.

EN EL ATLAS Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 204

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de estas intervenciones se considera, en la actualidad, de primera línea en el tratamiento de la anorexia nerviosa en personas adultas?:

1. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Barnhofer et al., 2009).
2. Terapia Basada en la Mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 2004).
3. Motivational Enhancement Therapy (MET; Andersen et al., 2020).
4. Specialist Supportive Clinical Management (SSCM; McIntosh, 2015). ✓

MANTRA y SSCM son tratamientos de primera línea en la anorexia nerviosa adulta, junto a la TCC

Según Fonseca, las guías recomiendan como **tratamiento de primera elección** en adultos con anorexia la **TCC centrada en los trastornos de la alimentación** en formato individual. La investigación da también el estatus de primera línea a dos enfoques basados en la TCC: el **Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)** y el **Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)** (McIntosh, 2015). La guía **NICE** (2017) sugiere explicar al consultante los tres tratamientos para que elija. La terapia interpersonal o la psicodinámica quedan como alternativas si las anteriores son inaceptables, están contraindicadas o fracasan. La tabla 16.5 resume los niveles de evidencia.

1. La terapia cognitiva basada en mindfulness no figura entre los tratamientos de primera línea que recoge el capítulo para la anorexia.
2. La terapia basada en la mentalización aparece en el manual como tratamiento de los trastornos de la personalidad, no de la anorexia.
3. La terapia de aumento motivacional no está entre los tratamientos recomendados para la anorexia adulta que recoge el capítulo.
4. El SSCM es uno de los dos enfoques a los que la investigación da estatus de primera línea.

TABLA 16.5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Trastorno	Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudio(s)
Anorexia nerviosa	TCC	1–	B	Van den Berg et al., 2019. Fairburn, 2005.
Anorexia nerviosa	MANTRA	2++	B	Schmidt, Wade y Treasure, 2014.
Anorexia nerviosa	SSCM	2++	B	McIntosh, 2015. NICE, 2017.
Bulimia nerviosa	TCC	1++	A	Slade et al., 2018. Linardon et al., 2018.
Bulimia nerviosa	TCC autoayuda	1+	A	NICE, 2017.
Bulimia nerviosa	Terapia interpersonal	2+	C	Fairburn et al., 2015.
Trastorno por atracón	TCC	1–	B	Hilbert et al., 2017. Brownley, Berkman y Peat, 2016.

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 16, tabla 16.5, pág. 495

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488-489 y 495, tabla 16.5.

EN EL ATLAS
Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 173, PIR 2025 · n.º 99

118 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de estos aspectos debemos tener en cuenta en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria?:

1. En la bulimia nerviosa se evitará dar información sobre los mecanismos de regulación del peso y la nutrición para no aumentar la apetencia por alimentos prohibidos.
2. El tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia) es la intervención que se ha mostrado más eficaz en el tratamiento tanto de la bulimia como de la anorexia nerviosa.
3. Eliminar o modificar la dieta no es un objetivo terapéutico en el tratamiento de la bulimia nerviosa porque los atracones dependen de aspectos emocionales.
4. Es habitual la falta de conciencia del problema, especialmente en la anorexia nerviosa, por lo que es recomendable incluir estrategias de motivación para el cambio. ✓

En los TCA, sobre todo en la anorexia, hay que trabajar la motivación porque falta conciencia del problema

Fonseca enumera los **objetivos terapéuticos comunes** de los protocolos que funcionan en los trastornos de la alimentación: aumentar la motivación de cambio, psicoeducación en regulación del peso y nutrición, modificar la dieta, terapia cognitiva, imagen corporal y prevención de recaídas. Sobre el primero señala que es bien conocida la **falta de conciencia de problema** y la consiguiente **escasa motivación de cambio**, especialmente en la **anorexia**, y que sin un mínimo de conciencia y deseo de cambio el tratamiento no puede llevarse a cabo. En la bulimia, el **objetivo nutricional es eliminar la dieta** restrictiva, porque con ella desaparecen los atracones.

1. Todas las guías coinciden en que hace falta conocer con detalle los mecanismos de regulación del peso y unas nociones claras de nutrición, y el manual lo recoge como objetivo común, la psicoeducación.
2. Los fármacos no funcionan en estos trastornos, y algunos estudios sugieren que combinarlos con terapia psicológica no es mejor que la terapia sola.
3. Modificar la dieta es un objetivo central. En la bulimia, como en el trastorno de atracones, el objetivo nutricional es eliminar la dieta restrictiva, y al eliminarla desaparecen los atracones.
4. Coincide con el primer objetivo común de los protocolos, aumentar la motivación de cambio.

Trampa. La opción 3 da la vuelta al manual, que hace de la dieta restrictiva la causa de los atracones; en el trastorno de atracones los atribuye a la privación que produce la dieta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 491-493 y 496.

EN EL ATLAS: Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

119 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál sería, según el DSM-5, la especificación de gravedad para una persona con bulimia nerviosa que recurre a comportamientos compensatorios inapropiados un promedio de 10 veces por semana?:

1 Extremo.

2 Grave. ✓

3 Moderado.

4 Leve.

Diez conductas compensatorias por semana sitúan la bulimia nerviosa en gravedad grave

En la **bulimia nerviosa**, el DSM-5 basa la **gravedad mínima** en la frecuencia semanal de **comportamientos compensatorios inapropiados**, aunque puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Los cortes son 1-3 episodios por semana (leve), 4-7 (moderado), **8-13 (grave)** y 14 o más (extremo). Un promedio de 10 conductas compensatorias semanales cae en el tramo grave. En el **trastorno de atracones** los mismos cortes se aplican a la frecuencia de atracones, y en la anorexia nerviosa la gravedad se mide por el IMC.

1. El tramo extremo empieza en 14 episodios semanales.
2. Diez episodios caen en el tramo de 8-13.
3. El tramo moderado va de 4 a 7 episodios.
4. El tramo leve va de 1 a 3 episodios.

GRAVEDAD DE LA BULIMIA NERVIOSA SEGÚN LOS COMPORTAMIENTOS COMPENSATORIOS

Gravedad	Promedio semanal de comportamientos compensatorios inapropiados
Leve	1-3 episodios
Moderado	4-7 episodios
Grave	8-13 episodios
Extremo	14 episodios o más

Fuente: APA (2014), DSM-5, bulimia nerviosa, especificador de gravedad, pág. 345

Trampa. En la bulimia se cuentan las conductas compensatorias, y en el trastorno de atracones, los atracones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, especificador de gravedad, pág. 345; trastorno de atracones, pág. 350.

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

120

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

¿Qué se puede afirmar con relación al curso de la anorexia nerviosa?:

1 Su inicio más común es en la primera infancia, sobre los ocho años.

2 Más de la mitad de las pacientes han tenido un diagnóstico previo de bulimia nerviosa.

3 La mortalidad se debe fundamentalmente a complicaciones médicas asociadas al propio trastorno o al suicidio. ✓

4 Existe un segundo pico de incidencia, a partir de los 40 años, relacionado con la perimenopausia en mujeres.

La muerte en la anorexia nerviosa se debe sobre todo a complicaciones médicas o al suicidio

El DSM-5 dice que la **tasa bruta de mortalidad** de la **anorexia nerviosa** es de aproximadamente un **5 % por década** y que la muerte se suele producir por las **complicaciones médicas** asociadas a la propia enfermedad o por **suicidio**. Sobre el inicio afirma que suele darse en la adolescencia o la edad adulta temprana y que rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años. El curso es muy variable, y la mayoría de las personas presenta una remisión a los 5 años del comienzo.

1 El inicio antes de la pubertad es raro; lo habitual es la adolescencia o la edad adulta temprana.

2 Belloch describe el recorrido habitual en sentido contrario: aproximadamente la mitad de las pacientes con anorexia desarrollan después una bulimia, y el DSM sitúa el paso de bulimia a anorexia en un 10-15 % de los casos.

3 Es la frase del DSM-5.

4 El manual considera raro el inicio después de los 40 años y no describe ningún segundo pico ligado a la perimenopausia.

Ojo. El DSM-5-TR añade que una revisión sistemática encontró que el suicidio es la segunda causa de muerte en la anorexia nerviosa y que alrededor del 9-25 % de estas personas ha intentado suicidarse (pág. 386).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Anorexia nerviosa, desarrollo y curso, págs. 341-342; bulimia nerviosa, pág. 347. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 421.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 175, PIR 2020 · n.º 79, PIR 2024 · n.º 111

121

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿Qué caracteriza a la anorexia nerviosa atípica según el DSM-5?:

1. Que se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo está dentro o por encima del intervalo normal. ✓
2. Que existe una regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes.
3. Purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones.
4. La evitación de la ingesta a causa de las características organolépticas de los alimentos.

En la anorexia nerviosa atípica se cumplen los criterios salvo el peso, que está en el intervalo normal o por encima

La **anorexia nerviosa atípica** es uno de los ejemplos de **otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado** del DSM-5. Se usa cuando se cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa, excepto que el peso, a pesar de una pérdida significativa, está **dentro o por encima del intervalo normal**. Los distractores toman otros cuadros del mismo capítulo: la regurgitación repetida durante al menos un mes es el **trastorno de rumiación**, las purgas sin atracones son el **trastorno por purgas** (hoy trastorno de purgas) y la evitación por las características organolépticas pertenece al trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

1. Es la definición del DSM-5.
2. Es el criterio A del trastorno de rumiación.
3. Es el trastorno por purgas, otro ejemplo de la misma categoría.
4. Es uno de los ejemplos del criterio A del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

ALGUNOS EJEMPLOS DE OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO (DSM-5)

Presentación	Qué la define
Anorexia nerviosa atípica	Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal
Trastorno por purgas	Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución, en ausencia de atracones
Síndrome de ingesta nocturna de alimentos	Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar

Fuente: APA (2014), DSM-5, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, págs. 353-354

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de rumiación, pág. 332; trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, pág. 334; otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, págs. 353-354.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 98, PIR 2017 · n.º 56

122 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Con relación a las fobias específicas:

1. El aprendizaje vicario es la vía más relevante en la adquisición de las fobias.
2. Aproximadamente el 50% de personas diagnosticadas de fobia específica temen a más de una situación u objeto.
3. El miedo intenso y desproporcionado a la situación u objeto se acompaña de una cognición específica (ideación cognitiva).
4. Las fobias situacionales presentan una edad de inicio más tardía que el resto de fobias específicas. ✓

Las fobias situacionales tienen una edad de inicio más tardía que el resto de fobias específicas

Según el DSM-5, la **fobia específica** suele empezar en la primera infancia, y las **fobias situacionales** presentan una **edad de inicio más tardía** que las del entorno natural, las de animales y las de sangre-inyección-herida. Los distractores tocan otros datos del capítulo. Es común tener varias fobias, y alrededor del **75 %** teme a más de una situación u objeto. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, en la fobia específica **no hay una cognición específica** característica. Y para Belloch la mayor parte de las fobias se adquiere por **condicionamiento clásico**, mediante experiencias directas.

1. Belloch atribuye la mayor parte de las fobias a experiencias directas de condicionamiento clásico; el aprendizaje vicario es una vía indirecta que solo en las fobias a los animales alcanza valores parecidos.
2. Según el DSM-5 es aproximadamente el 75 %, con una media de tres objetos o situaciones temidos.
3. El manual dice que la cognición específica no es característica de la fobia específica, a diferencia de otros trastornos de ansiedad.
4. Es el dato de desarrollo y curso del DSM-5.

Trampa. Las opciones falsas cambian un detalle de datos reales, el 50 % por el 75 % o la cognición específica afirmada en lugar de negada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos de ansiedad, pág. 189; fobia específica, págs. 198 y 200. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 36 y 42.

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 2022 · n.º 208, PIR 2021 · n.º 113

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Según el modelo metacognitivo de Wells, ¿qué caracteriza a las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG)?

1. Las creencias metacognitivas negativas y la preocupación tipo 2. ✓
2. Las creencias metacognitivas positivas y la preocupación tipo 2.
3. Las creencias metacognitivas negativas y la preocupación tipo 1.
4. Las creencias metacognitivas positivas y la preocupación tipo 1.

Para Wells, lo propio del TAG son las creencias negativas sobre la preocupación y la preocupación tipo 2

Belloch expone el **modelo metacognitivo** de Wells, que distingue dos formas de preocupación. La **tipo 1** trata de asuntos cotidianos y se mantiene por **creencias positivas** sobre la utilidad de preocuparse. La **tipo 2** es preocuparse por la propia preocupación (meta-preocupación) y se activa por **creencias negativas** sobre su incontrolabilidad y peligrosidad. El manual afirma que las creencias metacognitivas negativas y la preocupación tipo 2 resultante es lo que **diferencia a las personas con TAG** de las personas no clínicas con preocupación elevada. Las personas con TAG tienen creencias de los dos signos, pero son las negativas las que marcan la diferencia.

1. Son las creencias negativas y la preocupación tipo 2, la combinación que según el manual distingue el TAG.
2. Las creencias positivas sostienen la preocupación tipo 1, no la tipo 2, y también las tienen las personas no clínicas que se preocupan mucho.
3. Las creencias negativas activan la preocupación tipo 2, no la tipo 1.
4. Las creencias positivas y la preocupación tipo 1 son el punto de partida del proceso, pero no lo que diferencia el TAG.

LOS DOS TIPOS DE PREOCUPACIÓN EN EL MODELO METACOGNITIVO DE WELLS

Tipo	Sobre qué	Qué la mantiene o activa
Preocupación tipo 1	Preocupaciones cotidianas, tales como el dinero, el bienestar de la pareja, situaciones sociales, etc., así como también preocupaciones sobre sucesos internos no cognitivos como los síntomas físicos	Creencias «positivas» sobre la necesidad de continuar preocupándose para afrontar el problema más eficazmente (meta-creencias positivas)
Preocupación tipo 2	Se focaliza en la naturaleza y ocurrencia de los propios pensamientos; es básicamente preocuparse acerca de la preocupación (o «meta-preocupación»)	Las creencias negativas (meta-creencias negativas) sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de la preocupación

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 2, pág. 60

Para fijarlo. Preocuparse por los problemas es tipo 1; preocuparse por estar preocupado es tipo 2, y ahí está el TAG.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 60.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 203, PIR 2025 · n.º 141

124

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Qué caracteriza a los sujetos con trastorno de ansiedad social (TAS)?:

1. Utilizan la supresión expresiva como estrategia de regulación emocional. ✓
2. La ansiedad tiende a disminuir a lo largo del tiempo ya que están expuestos a constantes situaciones sociales en su día a día.
3. Acostumbran a subestimar las consecuencias negativas de las situaciones sociales.
4. Suelen iniciar tratamiento en fases iniciales del cuadro debido a las importantes limitaciones funcionales que conlleva.

En la ansiedad social se usa la supresión expresiva para esconder la emoción

Belloch dedica un apartado a los **procesos transdiagnósticos** del trastorno de ansiedad social. Entre las estrategias de regulación emocional destaca la **supresión expresiva**, el intento de esconder o eliminar la expresión emocional, como quien pone «cara de póquer». Su componente interpersonal la hace especialmente relevante en este trastorno: se comparten menos las emociones, se recibe menos apoyo y aumenta la evitación. El manual añade que el temor **no disminuye con el tiempo** aunque la persona afronte muchas veces las situaciones, que estas personas **sobreestiman las consecuencias negativas** de la interacción social y que a menudo buscan tratamiento **tras años de sufrimiento**.

1. Es una de las estrategias de regulación emocional que el manual vincula a la ansiedad social.
2. El temor no disminuye ni desaparece con el tiempo, por muchas veces que la persona haya tenido que afrontar las situaciones.
3. Tienden a sobreestimar las consecuencias negativas de la situación social, no a subestimarlas.
4. Tarda mucho en obtenerse un diagnóstico adecuado, y algunas personas solo buscan tratamiento después de años de sufrimiento y de complicaciones como la depresión grave o el abuso de alcohol.

Trampa. Los tres distractores invierten datos del capítulo: que el miedo no se extingue, que las consecuencias se sobreestiman y que el tratamiento llega tarde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 3, págs. 79, 84 y 92.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 81

125

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

La edición más actual del programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow se presenta estructurada en capítulos que se engloban en fases o módulos temáticos. ¿Qué capítulo NO forma parte de la fase “Habilidades de afrontamiento”?:

1. Entrenamiento en respiración.
2. Afrontando los síntomas físicos. ✓
3. Estableciendo la jerarquía de situaciones agorafóbicas.
4. Estrategias cognitivas.

Afrontar los síntomas físicos pertenece a la fase de exposición del programa de Barlow

Vallejo y Vallejo-Slocker describen la cuarta edición del programa de Barlow y Craske para el control del pánico (**Mastery of your Anxiety and Panic**, MAP-IV). Frente al protocolo original, incorpora el tratamiento de la **agorafobia** en el mismo texto y se organiza por **capítulos agrupados en fases** o módulos temáticos, no por sesiones. La tabla 6 recoge las cinco fases. La de **habilidades de afrontamiento** reúne tres capítulos: establecer la jerarquía de situaciones agorafóbicas, entrenamiento en respiración y estrategias cognitivas. **Afrontando los síntomas físicos** es el capítulo 10 y pertenece a la fase de **exposición**, junto con afrontar las situaciones agorafóbicas e implicar a otras personas.

1. El entrenamiento en respiración es el capítulo 6, dentro de las habilidades de afrontamiento.
2. Afrontar los síntomas físicos es el capítulo 10, de la fase de exposición.
3. Establecer la jerarquía de situaciones agorafóbicas es el capítulo 5, el primero de las habilidades de afrontamiento.
4. Las estrategias cognitivas son el capítulo 7, el último de las habilidades de afrontamiento.

TABLA 6. CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DEL PROGRAMA (CRASKE Y BARLOW, 2007)

Fase	Capítulo
Introducción	1. La naturaleza del trastorno de pánico y la agorafobia
Conocimientos básicos	2. Aprendiendo a registrar el pánico y la ansiedad; 3. Ciclos negativos en el pánico y la agorafobia; 4. Los ataques de pánico no son peligrosos
Habilidades de afrontamiento	5. Estableciendo su jerarquía de situaciones agorafóbicas; 6. Entrenamiento en respiración; 7. Estrategias cognitivas
Exposición	8. Afrontando las situaciones agorafóbicas; 9. Implicando a otras personas; 10. Afrontando los síntomas físicos
Planeando el futuro	11. Medicación; 12. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

Fuente: Vallejo y Vallejo-Slocker (2023), vol. I, cap. 8, tabla 6, pág. 412

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8, tabla 6, pág. 412.

EN EL ATLAS Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 155

126

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde con la terapia intensiva focalizada en las sensaciones de Baker-Morissette et al. (2005)?:

1. En la fase de preparación se entrena al paciente en técnicas de reducción de la activación.
2. Se dirige a pacientes con trastorno de pánico moderado-severo con o sin agorafobia.
3. El paciente se enfrenta desde el primer momento a las situaciones más temidas. ✓
4. Una de las principales críticas hacia esta terapia es la ausencia de un módulo de prevención de recaídas.

La terapia intensiva focalizada en las sensaciones expone desde el primer día a lo más temido

Vallejo y Vallejo-Slocker presentan la **terapia intensiva focalizada en las sensaciones** (Morissette, Spiegel y Heinrichs, 2005) como un enfoque útil para los casos más resistentes. Parte de que los pacientes con trastorno de pánico y **agorafobia moderada o severa** afrontan con más dificultad la TCC estándar. Propone **ocho días consecutivos** de intervención: tras una fase educativa y de preparación cognitiva, el paciente pasa por varios días de **exposición masiva y sin graduación**, afrontando desde el primer momento las situaciones más temidas e induciendo sensaciones corporales con ejercicios físicos. No se permite ni se entrena ninguna técnica de reducción de la activación, y la terapia concluye con un **módulo de prevención de recaídas**.

1. La preparación es educativa y cognitiva, y la terapia no permite ni entrena ningún procedimiento de reducción de la activación.
2. Se dirige a pacientes con trastorno de pánico y agorafobia entre moderada y severa; lo moderado o severo es la agorafobia, no el pánico con o sin ella.
3. Es lo que la distingue: exposición masiva, sin graduación y a lo más temido desde el principio.
4. La terapia concluye con un módulo de prevención de recaídas.

> **Trampa.** La opción 2 cambia el sujeto del adjetivo: el manual habla de agorafobia moderada o severa, no de pánico moderado-severo con o sin agorafobia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8, págs. 410-411.

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

127

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes componentes se incluye en la terapia cognitivo-conductual de Dugas y Robichaud para el abordaje del trastorno de ansiedad generalizada (TAG)?:

1. La exposición a la incertidumbre. ✓
2. El entrenamiento en relajación.
3. La organización del tiempo.
4. La prevención de conductas de seguridad.

La TCC de Dugas busca tolerar la incertidumbre exponiéndose a ella

La **TCC de Dugas y Robichaud** se basa en el modelo de **intolerancia a la incertidumbre**, se centra en las preocupaciones patológicas y no en los síntomas somáticos, y tiene como objetivo final una mayor **tolerancia y aceptación de la incertidumbre**. Para incrementarla, el paciente **ha de exponerse gradualmente a la incertidumbre** eliminando las conductas de búsqueda de seguridad, mediante experimentos conductuales. La 2.ª edición del manual lo resume en seis módulos, entre ellos el de **reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual**. La relajación, la organización del tiempo y la prevención de las conductas de seguridad pertenecen, en cambio, a la **TCC del grupo de Barlow**, que el manual describe como algo más compleja.

1. Exponerse gradualmente a la incertidumbre, mediante experimentos conductuales, es la vía con la que este programa incrementa la tolerancia a ella.
2. El entrenamiento en relajación muscular progresiva forma parte del programa del grupo de Barlow (Craske y Barlow, 2006).
3. La organización del tiempo es uno de los elementos que el programa del grupo de Barlow incluye o permite incorporar.
4. La prevención de las conductas de seguridad forma parte también del programa del grupo de Barlow.

DOS TCC PARA EL TAG

Programa	Componentes
Grupo de Barlow (Craske y Barlow, 2006)	Conceptualización del problema y justificación del tratamiento, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación, prevención de las conductas de seguridad, organización del tiempo/resolución de problemas y descontinuación de la medicación
Grupo de Dugas (Dugas y Robichaud, 2007)	(1) psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones, (2) reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual, (3) reevaluación de la utilidad de la preocupación, (4) entrenamiento en solución de problemas, (5) exposición imaginal y (6) prevención de recaídas

Fuente: Vallejo (2012), vol. I, cap. 7, págs. 280-281

Ojo. En la lista de componentes de la 4.ª edición (2023, pág. 242), vigente en el Atlas, el segundo figura como «educación acerca de la intolerancia a la incertidumbre e incremento en la tolerancia a la misma». La exposición aparece al desarrollar ese módulo, donde el paciente «ha de exponerse gradualmente a la incertidumbre» mediante experimentos conductuales (pág. 259). La 2.ª edición (2012, págs. 281 y 290) la nombra ya en el título del módulo.

Trampa. Los tres distractores son componentes reales de otra TCC para el TAG, la del grupo de Barlow.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6, págs. 240-242 y 257-259. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7, págs. 280-281 y 290.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 140

128

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Según la terapia integradora de Newman, ¿qué caracteriza a las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y, por ende, se convierte en foco de tratamiento?:

1. La fusión con sus propias experiencias internas, como pensamientos o emociones.
2. La experimentación de emociones negativas de forma más fácil e intensa que la población general.
3. La mayor probabilidad de experimentar consecuencias interpersonales negativas. ✓
4. La presencia de preocupaciones sobre los propios procesos cognitivos.

La terapia integradora de Newman pone el foco en las consecuencias interpersonales negativas del TAG

Vallejo y Vallejo-Slocker recogen varias terapias nuevas para el TAG. La **terapia integradora** de **Newman** parte de que las personas con TAG, en su afán de evitar emociones dolorosas, además de preocuparse se comportan de un modo que **incrementa la probabilidad de experiencias interpersonales negativas**: evitan que otros conozcan lo que sienten para no ser criticadas o rechazadas, no comunican sus necesidades y expresan enfado cuando no se satisfacen. Por eso aúna la TCC tradicional con **técnicas interpersonales** y **experienciales**. Las otras opciones describen el foco de la terapia basada en la aceptación, la terapia de regulación emocional y la terapia metacognitiva.

1. La fusión con las experiencias internas es el foco de la terapia de conducta basada en la aceptación de Roemer y Orsillo, que busca romper la fusión entre esas experiencias y la percepción de sí mismo.
2. Experimentar las emociones, sobre todo las negativas, de forma muy intensa es un rasgo del modelo de desregulación emocional de Mennin, base de la terapia de regulación de emociones.
3. Es el punto de partida de la terapia integradora de Newman.
4. Preocuparse por los propios procesos cognitivos es la meta-preocupación o preocupación tipo 2, el foco de la terapia metacognitiva de Wells.

Trampa. Cada opción es el foco real de una terapia para el TAG; hay que asociar cada uno con su autor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6, págs. 242-243 y 275-277. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 61.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿Qué módulo del Protocolo Unificado de Barlow et al. (2019) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales tiene como objetivo descomponer las emociones en partes más manejables?:

1 Conciencia emocional plena.
2 Comprendiendo tus emociones. ✓
3 Exposiciones emocionales.
4 Flexibilidad cognitiva.

Descomponer las emociones en partes manejables es un objetivo del módulo «Comprendiendo tus emociones»

El **Protocolo Unificado** (PU) de Barlow y colaboradores para el tratamiento **transdiagnóstico** de los trastornos emocionales tiene ocho módulos. Fonseca los describe en la **tabla 6.1** con sus objetivos, sesiones y ejercicios. El módulo 2, **Comprendiendo tus emociones**, persigue aprender por qué las emociones son necesarias, **descomponerlas en partes más manejables**, identificar patrones en los desencadenantes emocionales y analizar sus consecuencias a corto y largo plazo. Para ello se analiza una experiencia emocional con el modelo de los tres componentes (pensamientos, sensaciones físicas y conductas) y con el **registro ARCO** (antecedentes, respuesta y consecuencias).

1. La conciencia emocional plena (módulo 3) busca practicar una conciencia de la emoción centrada en el presente y sin juzgar.
2. Es uno de los cuatro objetivos del módulo 2.
3. Las exposiciones emocionales (módulo 7) sirven para practicar repetidamente el afrontamiento de las emociones intensas.
4. La flexibilidad cognitiva (módulo 4) trabaja cómo influyen los pensamientos en lo que se siente y cómo pensar de manera más flexible.

TABLA 6.1. DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS, NÚMERO DE SESIONES ESTIMADAS Y EJERCICIOS EN CADA UNO DE LOS MÓDULOS DEL PU (OBJETIVOS DE LOS MÓDULOS 2, 3, 4 Y 7)

Módulo	Objetivos
Módulo 2. Comprendiendo tus emociones: ¿Qué es una emoción? y siguiendo el ARCO (1-2 sesiones)	1) Aprender por qué las emociones son necesarias y nos ayudan; 2) Descomponer las emociones en partes más manejables; 3) Identificar patrones en tus desencadenantes emocionales (qué causa tus experiencias emocionales) y 4) Analizar las consecuencias a corto y largo plazo de tus experiencias emocionales
Módulo 3. Conciencia emocional plena (1-2 sesiones)	1) Entender los beneficios de utilizar la conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar en las experiencias emocionales; 2) Animar a practicar la conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar a través de dos ejercicios formales de meditación, y 3) Aplicar el concepto de conciencia emocional a las experiencias emocionales diarias
Módulo 4. Flexibilidad cognitiva (1-2 sesiones)	1) Entender cómo tus pensamientos influyen en cómo te sientes; 2) Identificar patrones de pensamiento negativo; 3) Aprender cómo ser más flexible en tu manera de pensar
Módulo 7. Poniéndolo en práctica. Exposiciones emocionales (2 sesiones mínimo)	1) Entender el propósito de la exposición emocional; 2) Aprender cómo diseñar ejercicios eficaces de exposición emocional; 3) Elaborar una jerarquía de exposición emocional; 4) Practicar repetidamente el afrontamiento de las emociones intensas a través de ejercicios de exposición emocional

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 6, tabla 6.1, págs. 207-208

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 206-208.

EN EL ATLAS: Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 194

130 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

¿Con qué nombre se conoce, en el proceso psicoterapéutico, a la interacción personal e íntima en la que el especialista en psicología clínica y su paciente se expresan de manera genuina, percibiéndose mutuamente tal y como se muestran, sin distorsiones?:

1. Transferencia.
2. Relación mutua.
3. Relación real. ✓
4. Relación dual.

La relación real es el vínculo genuino en el que terapeuta y paciente se perciben sin distorsiones

Gimeno define la **relación real** como la relación personal entre terapeuta y paciente marcada por el grado en que cada uno es **genuino** con el otro y lo **percibe como se muestra** (Gelso, Kivlighan y Markin, 2018). Nace en el psicoanálisis, pero se aplica hoy a cualquier modelo. No alude a una relación personal **fuera de la consulta**: significa que ambos se perciben de forma «real», **sin distorsiones** causadas por sus conflictos, y genuina, sin fingir. Se distingue de la alianza, aunque se solapa con su vínculo emocional. Fonseca la describe como una interacción personal e íntima en la que ambas partes se expresan genuinamente, y la sitúa entre los elementos probablemente eficaces.

1. La transferencia es la relación en la que el paciente repite con el terapeuta relaciones problemáticas de su infancia, sobre todo con sus progenitores; es lo contrario de percibirse sin distorsiones.
2. «Relación mutua» no es el término que recogen los manuales para este concepto.
3. Es la definición de relación real.
4. La relación dual es aquella en la que el profesional mantiene con el paciente, además de la terapéutica, otro tipo de relación, social, financiera o profesional.

Trampa. La opción 4 juega con la palabra «relación»: la relación real no supone ningún vínculo fuera de la consulta, que es justo lo que define la relación dual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.10, págs. 139-140. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, págs. 74 y 77. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 3, pág. 82. Pastor Morales, J. M. y del Río Sánchez, C. (2018). Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría. Pirámide. Cap. 7, pág. 101.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base) y Fonseca Adultos (Ampliación).

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes características ha demostrado asociarse con la variable conocida como "efectos del terapeuta"?:

1. La tendencia a confiar en el propio desempeño, acompañada de un sentido del self positivo.
2. La tendencia a dudar del propio desempeño, acompañada de un sentido del self negativo.
3. La tendencia a confiar en el propio desempeño, acompañada de un sentido del self negativo.
4. La tendencia a dudar del propio desempeño, acompañada de un sentido del self positivo. ✓

Los terapeutas más eficaces dudan de su desempeño sin perder un sentido positivo de sí mismos

Los **efectos del terapeuta** explican entre el 5 y el 8 % de la varianza de los resultados, más en los casos graves. Gimeno recoge el trabajo de **Nissen-Lie et al. (2015)**: los clínicos que más **dudan de su desempeño profesional** obtienen mejores resultados, pero para ello hace falta una segunda condición, un **sentido del self positivo**. Tampoco conviene un self positivo sin esa sana duda, porque el exceso de confianza no mejora el trabajo. Fonseca lo resume así: los clínicos más eficaces tienen la capacidad de dudar sobre su propio desempeño a la vez que conservan un sentido positivo de sí mismos.

1. Confiar en el propio desempeño con un self positivo es el exceso de confianza que, según el manual, no hace mejor al profesional.
2. La duda profesional solo se asocia a mejores resultados cuando va acompañada de un sentido del self positivo.
3. No reúne ninguna de las dos condiciones: ni la duda sobre el propio desempeño ni el self positivo.
4. Es la combinación que describen Nissen-Lie et al. (2015).

> **Para fijarlo.** «Quiérete como persona, duda de ti como profesional»: así titulaba su trabajo el equipo noruego.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 4, pág. 74, y cap. 5, apdo. 5.2, págs. 80-82. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 78.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 85

132 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

En psicoterapia, ¿qué tipo de preferencia correspondería a un paciente que expresa el deseo de que su psicólogo clínico le asigne tareas para realizar entre sesiones?:

1. Sobre las actividades. ✓
2. Sobre el terapeuta.
3. Sobre el tratamiento.
4. Sobre el formato.

Querer tareas entre sesiones es una preferencia sobre las actividades de la terapia

Gimeno, siguiendo a Swift et al. (2018), distingue tres categorías de **preferencias** del consultante. Las **preferencias sobre las actividades** a realizar incluyen **llevar a cabo o no tareas conductuales entre sesiones**, los ejercicios experienciales, la directividad de la entrevista, el número y la frecuencia de las sesiones y el propio **formato**. Las **preferencias sobre el psicólogo** atañen a sus características sociodemográficas, de personalidad o de estilo, y las **preferencias sobre el tratamiento**, al tipo de terapia. Fonseca recoge la misma clasificación y da como ejemplo de preferencia de actividad que no se asignen tareas para casa. Cuando el clínico no se acomoda a las preferencias, el riesgo de abandono prematuro es casi del doble.

1. Las tareas conductuales entre sesiones son el primer ejemplo de las preferencias sobre las actividades a realizar.
2. Las preferencias sobre el psicólogo se refieren a las características que el consultante desea en el profesional, como el género, la edad, la personalidad o el estilo.
3. Las preferencias sobre el tratamiento tienen que ver con el tipo de intervención, como psicoterapia frente a medicación o una orientación frente a otra.
4. El formato no es una categoría propia; los dos manuales lo incluyen entre las preferencias sobre las actividades.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.20, pág. 163. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, págs. 92-93.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base) y Fonseca Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 78

133

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes es una recomendación basada en la evidencia para el trabajo en psicoterapia con pacientes con un nivel de reactancia alto?:

1. Utilizar enfoques más directivos y estructurados.
2. Utilizar intervenciones paradójicas. ✓
3. Provocar rupturas en la alianza de forma estratégica.
4. Derivar a terapia grupal.

Con pacientes muy reactantes conviene ser poco directivo y puede usarse la paradoja

Fonseca define la **reactancia** como una característica del consultante relacionada con su grado de tolerancia a las situaciones que **limitan o coartan su libertad** (Beutler et al., 2011); las personas muy reactantes tienden a rechazar los contextos con un alto **control externo**. Por eso la tabla 3.7 recomienda, con grado B, enfatizar el control del paciente, emplear una postura menos directiva y considerar **intervenciones paradójicas** con los pacientes altamente reactivos, y tratamientos más directivos y estructurados con los de baja reactancia. Gimeno recoge la misma directriz de Beutler, Edwards y Someah (2018): con reactancia alta, un método **menos directivo** o incluso intervenciones paradójicas cuando sea especialmente elevada. Los dos piden trabajar desde la **colaboración**.

1. Los enfoques directivos y estructurados se recomiendan para los pacientes con baja reactancia.
2. Es la recomendación de la tabla 3.7 para los pacientes altamente reactivos.
3. La tabla 3.7 pide mantener o restablecer una postura de colaboración con los pacientes más resistentes, lo opuesto a provocar rupturas.
4. Derivar a terapia grupal no figura entre las recomendaciones de los manuales para la reactancia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, tabla 3.7, págs. 98-99. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.18, págs. 156-157.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación) y Gimeno (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 186, PIR 2024 · n.º 167

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes aspectos fue propuesto por Frank (1961) como uno de los factores comunes a todas las psicoterapias eficaces?:

1. El manejo de la transferencia y la contratransferencia.
2. La monitorización sistemática de resultados.
3. La psicoeducación.
4. La activación de emociones intensas. ✓

Entre los seis factores comunes de Frank está facilitar la activación emocional

Feixas y Miró recogen la propuesta de **Jerome Frank** en *Persuasión y curación* (1961). Al comparar la psicoterapia con el placebo, el lavado de cerebro y la curación por la fe, Frank concluye que la psicoterapia es una forma de **influencia social** cuyo núcleo es reducir la **desmoralización**. Propone **seis factores no específicos** comunes a todas las psicoterapias: una relación de confianza con carga emotiva, una explicación racional de los problemas, nueva información sobre su origen y su tratamiento, la esperanza de recibir ayuda, experiencias de éxito que fortalecen la sensación de dominio y la **facilitación de la activación emocional**, porque una psicoterapia vacía de emociones probablemente no produce efectos.

1. El manejo de la transferencia y la contratransferencia no figura entre los seis factores de Frank.
2. La monitorización sistemática de resultados no figura entre los seis factores.
3. Frank no habla de psicoeducación. Su tercer factor es dar nueva información sobre el origen y la naturaleza de los problemas y las formas de tratarlos, y el manual lo describe como una explicación coherente y lógica que proporciona cierta luz, más que como un aprendizaje preciso.
4. Es el sexto factor, la facilitación de la activación emocional.

LOS SEIS FACTORES COMUNES DE FRANK (1961)

Factor
Una relación de confianza de cierta carga emotiva con el profesional de ayuda
Una explicación racional que da cuenta de los problemas del cliente y de los métodos de tratamiento para su solución
El proporcionar nueva información acerca del origen y la naturaleza de los problemas del cliente y de las formas de tratarlo
La esperanza del cliente de encontrar ayuda en el terapeuta
Una oportunidad para tener experiencias de éxito en el curso de la terapia y en consecuencia, fortalecer la sensación de dominio
La facilitación de la activación emocional

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 5, págs. 376-378

Ojo. La opción 3 roza el tercer factor de Frank, porque dar información sobre el problema se parece a la psicoeducación. La clave es la 4, la única que reproduce casi palabra por palabra uno de los seis factores; habla de «emociones intensas», un matiz que el manual no recoge. Rojí y Saúl (cap. 12, apdo. 2) también incluyen «activar las emociones» entre los efectos de los factores comunes de Frank.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 5, págs. 376-378. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 12, apdo. 2.

EN EL ATLAS
Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores. Se estudia con Feixas y Miró (Consulta).

135

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes características NO es común en el síndrome confusional agudo?:

1. Desorientación temporal.
2. Alucinaciones hápticas. ✓
3. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
4. Alteraciones emocionales: agitación, agresividad, depresión, ansiedad, etc.

Las alucinaciones del delirium son típicamente visuales

La pregunta pide la característica que no es común en el **síndrome confusional agudo**, o delirium. Según el DSM-5, sus alteraciones de la percepción (malinterpretaciones, ilusiones o alucinaciones) son **típicamente visuales**, aunque pueden darse en otras modalidades; la tabla de Belloch califica las táctiles de ocasionales. Sí son comunes la **desorientación**, sobre todo en tiempo y espacio, las **alteraciones del ciclo de sueño-vigilia**, tan frecuentes que se han propuesto como criterio esencial, y las **alteraciones emocionales**, como ansiedad, temor, depresión, irritabilidad, enfado, euforia o apatía.

1. La desorientación, sobre todo en tiempo y espacio, es una de las alteraciones cognitivas típicas del delirium.
2. Las alucinaciones del delirium son típicamente visuales; las táctiles aparecen solo de forma ocasional.
3. Las alteraciones del ciclo de sueño-vigilia son muy comunes y se han propuesto como criterio esencial del diagnóstico.
4. El DSM-5 describe alteraciones emocionales como la ansiedad, el temor, la depresión o el enfado, y el subtipo hiperactivo puede acompañarse de agitación.

TABLA 6.4 (EXTRACTO). MODALIDADES SENSORIALES DE ALUCINACIÓN MÁS FRECUENTES EN EL DELIRIUM (*: INFRECUENTE; : OCASIONAL;* : FRECUENTE)

Trastorno	Auditiva	Visual	Táctil	Gustativa	Olfativa
Delirium	**	*	**	-	-

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.4, pág. 159

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Delirium, págs. 596-600. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.4, pág. 159.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 80, PIR 2024 · n.º 207

136

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

Un paciente que presenta dificultad para mantener el estado de alerta, con conciencia limitada del entorno e irritabilidad, pero que es capaz de entender y ejecutar indicaciones puede presentar:

1 Sopor.

2 Estupor.

3 Obnubilación. ✓

4 Coma.

La obnubilación es el primer escalón de bajada de la conciencia, en el que aún se obedecen órdenes sencillas

Belloch ordena los estados por **disminución del nivel de consciencia** de menor a mayor intensidad. La **obnubilación** es el primer estadio: cuesta mantener el **estado de alerta** y hacen falta estímulos de cierta intensidad, la conciencia del entorno es limitada, pero no se pierde la capacidad de reconocimiento, de modo que el paciente puede **entender y ejecutar lentamente órdenes sencillas**. Puede acompañarse de somnolencia y de **irritación** o agitación cuando se le intenta estimular. Después vienen la somnolencia o sopor, el estupor y el coma. El manual advierte de que otros autores usan «obnubilación» para un estado más grave.

1. En el sopor el paciente se queda dormido en cuanto baja la estimulación, con poca actividad motora, y entrevistarle resulta difícil.
2. En el estupor solo se alcanza un ligero y transitorio estado de vigilia con estímulos muy potentes, y no hay conducta intencional.
3. Coincide con la descripción de la obnubilación.
4. El coma es una suspensión global de la conciencia en la que es imposible despertar al paciente y solo se conservan las funciones vegetativas.

Ojo. El manual avisa de que no todos los autores usan igual los términos: Gastó y Penadés (2015) llaman obnubilación a una alteración más grave, con confusión y desorientación (pág. 133). La pregunta sigue el esquema que adopta Belloch (Palao, 2008; Perpiñá y Baños, 2019).

Para fijarlo. De menos a más: obnubilación, sopor, estupor y coma; en la obnubilación el paciente todavía entiende y ejecuta órdenes sencillas.

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. 133.

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

137

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 1

Un estado caracterizado por la disminución de la atención al entorno, la desorientación, la confusión en el curso del pensamiento y los automatismos involuntarios se corresponde con:

1 Los estados crepusculares. ✓

2 Los estados oniroides.

3 El delirium.

4 El estupor.

Los automatismos involuntarios con desorientación y confusión señalan un estado crepuscular

Belloch reserva el término **estados crepusculares** para las alteraciones de la conciencia que pueden aparecer en la **epilepsia**, sobre todo del lóbulo temporal. Son transitorios, de comienzo y final súbitos, y suponen una ruptura de la continuidad de la conciencia y una restricción de su contenido. La persona presenta una importante obnubilación, con **disminución o ausencia de la atención al entorno**, **desorientación** y **confusión en el curso del pensamiento**. Son característicos los **automatismos**, acciones motoras involuntarias con cierto grado de coordinación, y las conductas impulsivas no voluntarias; puede deambular sin rumbo durante horas (fuga epiléptica o poriomanía).

1. Coincide punto por punto con la descripción de los estados crepusculares.
2. En los estados oniroides la persona vive con gran claridad y viveza ilusiones o alucinaciones escénicas, con reacciones emocionales intensas acordes a su contenido.
3. El delirium altera la atención y la conciencia y añade al menos otro déficit cognitivo, pero el manual no le atribuye los automatismos involuntarios.
4. El estupor psiquiátrico se caracteriza por mutismo, inmovilidad, falta de reacción a los estímulos ambientales y fluctuaciones en el nivel de conciencia; los automatismos son propios de los estados crepusculares.

> **Trampa.** La desorientación y la merma de la atención también aparecen en el delirium; lo que inclina la balanza son los automatismos involuntarios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 134-135.

EN EL ATLAS

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

138

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 2

Un paciente comenta que, desde hace unos días, tiene una sensación extraña, como si algo hubiese cambiado y su entorno fuera diferente. ¿Qué fenómeno está experimentando?:

1 Estupor.

2 Desrealización. ✓

3 Delirio nihilista.

4 Despersonalización.

La desrealización es la sensación de extrañeza o irrealidad referida al entorno

Belloch incluye la **despersonalización** y la **desrealización** entre las alteraciones de la conciencia del sí mismo, dentro de la pérdida de la experiencia de la realidad. Suelen darse juntas, pero se distinguen por el objeto. En la despersonalización la persona, con la conciencia de su identidad intacta, siente **cambio, extrañeza o irrealidad respecto a sí misma**. En la desrealización esa sensación se refiere **al entorno**, al mundo que la rodea, sin ninguna distorsión perceptiva: las cosas se ven igual, pero parecen extrañas. Por eso la frase del paciente, «como si algo hubiese cambiado y su entorno fuera diferente», apunta a la desrealización.

1. El estupor es una alteración de la conciencia con mutismo, inmovilidad y falta de reacción a los estímulos, y no implica sensación de extrañeza.
2. Es la sensación subjetiva de cambio o irrealidad respecto al entorno.
3. El delirio nihilista o síndrome de Cotard es una creencia delirante sobre la no existencia del yo o de alguna de sus partes, de los demás o del mundo (por ejemplo, creer que se está muerto o que el mundo se ha acabado).
4. La despersonalización es la sensación de cambio, extrañeza o irrealidad respecto a uno mismo; la referida al entorno es la desrealización.

Para fijarlo. Despersonalización, extraño soy yo; desrealización, extraño es el mundo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 134 y 137; cap. 8, pág. 260.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 69, PIR 2024 · n.º 140

139

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 4

El concepto de perplejidad atencional hace referencia a:

1. La inestabilidad atencional y la dificultad para prestar atención a un estímulo.
2. La ausencia de atención a estímulos ante una gran concentración sobre alguna cuestión concreta.
3. La ausencia completa de disposición atencional.
4. La incapacidad para lograr la síntesis del contenido de la atención. ✓

La perplejidad atencional es no lograr la síntesis de lo que se atiende

Belloch clasifica las alteraciones de la atención. La **perplejidad atencional** es una **alteración cualitativa** que consiste en la incapacidad para **lograr la síntesis del contenido de la atención**: la persona no capta la significación de lo que ocurre, no termina de comprender sus actos ni lo que la rodea, y eso le produce extrañeza. Las otras opciones son definiciones del mismo capítulo: la **distraibilidad** es inestabilidad atencional, la **ausencia mental** es la gran concentración en una cuestión que lleva a desatender el resto, y la **aprosexia** es la ausencia total de atención.

1. Es la distraibilidad, definida como inestabilidad atencional y dificultad para prestar atención a un estímulo.
2. Es la ausencia mental, una gran concentración en algo concreto que deja fuera el resto de los estímulos.
3. Es la aprosexia, la reducción máxima de la disposición atencional.
4. Es la definición de perplejidad atencional.

CUATRO ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

Alteración	Definición
Aprosexia	Denominada también a veces inatención, ya que implicaría una reducción máxima de la disposición atencional, es decir, una ausencia total de atención
Distraibilidad	Que podría definirse como inestabilidad atencional y se manifiesta cuando la persona tiene dificultades para prestar atención a un estímulo, aspecto, tema, o vivencia
Perplejidad atencional	Considerada como una alteración cualitativa de la atención, hace referencia a la incapacidad por parte de la persona para lograr la síntesis del contenido de su atención, es decir, no es capaz de atrapar la significación de los fenómenos que están ocurriendo
Ausencia mental	Experiencia que implica una gran concentración sobre alguna cuestión concreta [generalmente preocupaciones sobre algún tipo de pensamiento], lo que a su vez lleva a «desatender» al resto de los estímulos, dejando fuera gran cantidad de información externa que usualmente es accesible

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 5, págs. 124-125 y 128

Trampa. Las cuatro opciones son definiciones literales de alteraciones de la atención del mismo capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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

EN EL ATLAS

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

140

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Según la teoría basada en la mentalización, ¿qué característica se relaciona con el modo prementalizador simulado?:

1. El discurso puede parecer vacío, carente de significado, inconsecuente y circular. ✓
2. Entendimiento de los demás y de uno mismo desde el punto de vista de las conductas físicas.
3. La dimensión interna tiene el mismo poder que la externa, se siente que los pensamientos son reales.
4. Focalización extrema en lo externo.

En el modo simulado el discurso suena vacío, sin sentido, inconsecuente y circular

En la terapia basada en la mentalización, cuando se pierde la capacidad de mentalizar reaparecen **modos prementalizadores**, parecidos a cómo funcionan los niños pequeños: la **equivalencia psíquica**, el **modo teleológico** y el **modo simulado**. Díaz-Garrido y colaboradores describen el **simulado** como una tendencia a llenar el discurso de palabras o teorías **desconectadas de la emoción** y de la realidad; el discurso suena vacío, sin sentido, inconsecuente y circular, con disociación entre contenido y emoción, y puede haber hipermentalización o pseudomentalización. En la equivalencia psíquica la realidad mental se vive como realidad externa. En el teleológico las acciones se entienden en términos físicos.

1. Es la descripción del discurso en el modo simulado.
2. Entender a los demás y a uno mismo por las conductas físicas es propio del modo teleológico, en el que los estados mentales solo se reconocen si sus resultados son físicamente observables.
3. Sentir que los pensamientos son reales corresponde a la equivalencia psíquica, en la que la propia mente se trata como si fuera un hecho de la realidad externa.
4. El foco en lo externo también es teleológico: se exigen pruebas físicas en la realidad externa como única forma de calmar una preocupación interna.

> **Para fijarlo.** Equivalencia psíquica, lo pienso y por tanto es; teleológico, solo vale lo que se ve; simulado, mucho hablar y nada sentir.

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, págs. 310-311.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 198, PIR 2025 · n.º 40, PIR 2025 · n.º 161

141 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

Un paciente que acude a un dispositivo de atención a las drogodependencias explica, en la primera entrevista, haber sido derivado porque en el último examen médico le detectaron parámetros indicativos de daño hepático por consumo excesivo de alcohol. Se muestra sorprendido ante la derivación ya que refiere que su círculo social tiene el mismo patrón de consumo que él. ¿En qué etapa del cambio es probable que se encuentre el paciente?:

1 Precontemplación. ✓

2 Contemplación.

3 Acción.

4 Recaída.

Quien no ve problema en su consumo está en la precontemplación

Fonseca recoge el **modelo transteórico**, que concibe la motivación para el cambio a lo largo de **cinco etapas**: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En la **precontemplación** no hay ninguna motivación para cambiar en un futuro previsible, y la mayoría de las personas **desconocen o niegan su problema**. Es el caso del paciente del enunciado, que acude derivado, se sorprende y considera normal su consumo porque es el de su entorno. En la **contemplación** ya hay conciencia del problema y se piensa seriamente en solucionarlo, sin compromiso todavía. En la acción se modifica el comportamiento, y en el mantenimiento se trabaja para evitar recaídas.

1. El paciente no reconoce el problema, que es lo que define la precontemplación.
2. En la contemplación la persona ya es consciente de que tiene un problema y piensa seriamente en solucionarlo, y este paciente no lo reconoce.
3. En la acción la persona ya modifica su comportamiento para superar el problema.
4. La recaída no figura entre las cinco etapas que recoge el manual; evitarla es la tarea de la etapa de mantenimiento.

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

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

142 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

Según la tipología del DSM-5, cuando se producen dos o más episodios de insomnio con una duración igual o superior a los tres meses en el plazo de un año lo clasificaremos como:

1. Insomnio persistente.
2. Insomnio recurrente. ✓
3. Insomnio agudo.
4. Insomnio intermedio.

Dos o más episodios de insomnio en un año definen el insomnio recurrente

El DSM-5 ofrece tres especificadores de curso para el trastorno de insomnio. Es **episódico** si los síntomas duran al menos 1 mes pero menos de 3; **persistente**, si duran 3 meses o más, y **recurrente**, si hay **dos o más episodios en el plazo de 1 año**. El insomnio agudo y de corta duración, de menos de 3 meses, se codifica como **otro trastorno de insomnio especificado**. El DSM-5-TR conserva los mismos especificadores (tabla).

1. Persistente se refiere a la duración de los síntomas (3 meses o más), no a la repetición de episodios.
2. Es el especificador recurrente.
3. El insomnio agudo dura menos de 3 meses y se codifica como otro trastorno de insomnio especificado.
4. No es un especificador del DSM. El manual habla de insomnio medio para la dificultad de mantener el sueño, que es una forma de presentación, no un curso.

ESPECIFICADORES DE CURSO DEL TRASTORNO DE INSOMNIO

Especificador	Definición
Episódico	Los síntomas duran como mínimo 1 mes, pero menos de 3 meses
Persistente	Los síntomas duran 3 meses o más
Recurrente	Dos (o más) episodios en el plazo de 1 año
Insomnio agudo y de corta duración	Síntomas que duran menos de 3 meses; se codificará como otro trastorno de insomnio especificado

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de insomnio, criterios diagnósticos, pág. 410

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de insomnio, págs. 362-363.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 97, PIR 2025 · n.º 97

143

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

¿En cuál de los siguientes trastornos los pacientes presentan movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR, que suelen representar "escenificaciones" de los ensueños propios de esta fase, período en el que normalmente se presenta una atonía muscular?:

1 Pesadillas asociadas al sueño MOR.

2 Trastorno de conducta asociado al sueño MOR. ✓

3 Terrores nocturnos asociado al sueño MOR.

4 Sonambulismo asociado al sueño MOR.

En el trastorno del comportamiento del sueño REM el paciente escenifica sus sueños

El enunciado reproduce la descripción de Belloch del trastorno de conducta asociado al sueño MOR: **movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR** que escenifican los ensueños, en una fase en la que normalmente hay **atonía muscular**. El DSM-5 lo llama trastorno del comportamiento del sueño REM: episodios repetidos de **vocalizaciones o comportamientos motores complejos** durante el sueño REM, que reflejan el contenido violento o de acción de los sueños. Al despertar, el sujeto está alerta, orientado y a menudo **recuerda el sueño**.

1 Las pesadillas también ocurren en el sueño REM, pero se acompañan de una activación autonómica ligera; los movimientos y las vocalizaciones no son característicos porque en el REM hay pérdida del tono muscular.

2 Es el trastorno que describe el enunciado.

3 Los terrores nocturnos son un trastorno del despertar del sueño no REM.

4 El sonambulismo también es un trastorno del despertar del sueño no REM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del comportamiento del sueño REM, págs. 407-408; trastorno de pesadillas, pág. 405. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 301-302.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 100, PIR 2020 · n.º 58

Respuesta correcta: 3

Una paciente de 14 años inicia tratamiento psicológico. Presenta un historial de comportamiento desafiante hacia los profesores y hacia sus padres. La paciente ha tenido episodios en los que agredió a dos compañeras de la escuela y en una ocasión rompió un pupitre tirándolo por las escaleras. Ha sido expulsada varias veces. En consulta observamos que no parece estar triste o irritada y que miente y niega lo sucedido. Los padres indican que ha empezado a robarles dinero a escondidas. ¿Cuál es el diagnóstico, según el DSM-5?:

1. Psicopatía.
2. Trastorno explosivo intermitente.
3. Trastorno de conducta. ✓
4. Trastorno negativista desafiante.

Agresión, destrucción, mentiras y robos en una adolescente de 14 años apuntan al trastorno de conducta

La paciente reúne conductas de tres grupos del criterio A del **trastorno de conducta**: **agresión a personas** (agredió a dos compañeras), **destrucción de la propiedad** (el pupitre) y **engaño o robo** (miente y roba dinero a escondidas). El DSM-5 lo separa del negativista desafiante, cuyas conductas son menos graves, no incluyen agresión, destrucción ni robos y se acompañan de **humor irritable** o enfadado, que aquí falta. Tampoco encaja el explosivo intermitente, limitado a agresiones impulsivas sin objetivo tangible, y la psicopatía, que el manual equipara al trastorno de la personalidad antisocial, exige al menos 18 años.

1. El DSM-5 equipara la psicopatía al trastorno de la personalidad antisocial, y este exige que el individuo tenga como mínimo 18 años.
2. La agresividad del explosivo intermitente se limita a arrebatos impulsivos, no premeditados y sin objetivo tangible como el dinero, y no incluye conductas no agresivas como mentir o robar.
3. Agresión, destrucción y engaño o robo cumplen el criterio A del trastorno de conducta.
4. El desafío a profesores y padres encajaría, pero el negativista desafiante no incluye agresión, destrucción de la propiedad ni robos, y se acompaña de humor irritable o enfadado.

QUÉ SEPARA EL TRASTORNO DE CONDUCTA DE OTROS DIAGNÓSTICOS DEL CASO (DSM-5-TR)

Diagnóstico	Qué dice el DSM-5-TR
Trastorno negativista desafiante	No incluyen la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños
Trastorno negativista desafiante	Incluye problemas de desregulación emocional (humor irritable y enfadado)
Trastorno explosivo intermitente	Se limita a agresiones impulsivas que no son premeditadas
Trastorno explosivo intermitente	No incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta
Trastorno de la personalidad antisocial (criterio B)	Como mínimo 18 años

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de conducta, diagnóstico diferencial, pág. 536; trastorno de la personalidad antisocial, criterio B, pág. 748

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conducta, págs. 469-470 y 474-475; trastorno de la personalidad antisocial, pág. 659.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 152, PIR 2017 · n.º 177, PIR 2018 · n.º 207, PIR 2018 · n.º 209

145

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a los terrores nocturnos?:

1. Se producen durante el sueño MOR.
2. Se producen hacia la mitad y el final de la noche.
3. Suelen cursar con estados crepusculares.
4. Se producen signos de alerta autónoma, como midriasis o taquipnea. ✓

Los terrores nocturnos cursan con signos de alerta autonómica como la midriasis o la taquipnea

El criterio A2 de los trastornos del despertar del sueño no REM define los **terrores nocturnos** como episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que suelen empezar con gritos de pánico. Durante cada episodio hay **miedo intenso y signos de alerta autónoma**, como **midriasis, taquicardia, taquipnea y sudoración**, e insensibilidad relativa a los esfuerzos de los demás por consolar al individuo. Los episodios suelen producirse en el **primer tercio** del periodo principal de sueño, durante el sueño no REM.

1. Pertenecen a los trastornos del despertar del sueño no REM.
2. Suelen producirse durante el primer tercio del periodo principal de sueño.
3. El DSM no describe estados crepusculares en los terrores nocturnos; describe despertares incompletos tras los que el sujeto suele volver a dormirse.
4. Es literal del criterio A2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA	American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastornos del despertar del sueño no REM, págs. 399-401.
EN EL ATLAS	Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 150, PIR 2019 · n.º 112, PIR 2017 · n.º 69, PIR 2021 · n.º 118

146 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos

Respuesta correcta: 3

¿En qué disfunción sexual el tratamiento suele incluir entrenamiento del músculo pubocoxígeo con técnicas de autoestimulación?:

1 Eyaculación retardada.

2 Trastorno eréctil.

3 Trastorno orgásmico femenino. ✓

4 Trastorno por dolor genitopélvico/penetración.

El músculo pubocoxígeo y la autoestimulación son ejes del tratamiento del trastorno orgásmico femenino

En el corpus, el tratamiento del **trastorno orgásmico femenino** gira en torno a la **autoestimulación** y al **entrenamiento del músculo pubocoxígeo** (ejercicios de Kegel). Vallejo recoge el programa de **Graber y Graber (1975)**: su primera fase, obtener el orgasmo en solitario, incluye ejercicios de contracción de los músculos pubocoxígeos y perivaginales y entrenamiento en autoestimulación, y la segunda generaliza el orgasmo a la pareja. Penadés añade que todos los modelos de tratamiento de la anorgasmia (Masters y Johnson, Kaplan, Graber, Heiman y LoPiccolo) incluyen **entrenamiento en masturbación** y que otro elemento común es el **entrenamiento en los ejercicios de Kegel**.

1 La eyaculación retardada se trata con desensibilización in vivo progresiva hasta la eyaculación intravaginal y con la maniobra del puente.

2 En el trastorno eréctil el cuadro 22.1 recoge, entre otras, la terapia cognitiva de la ansiedad de ejecución, la focalización sensorial y la técnica de parada y arranque.

3 Es el trastorno en el que el corpus pone en el centro del tratamiento la autoestimulación y el entrenamiento del pubocoxígeo.

4 El eje del tratamiento del dolor genitopélvico/penetración es la desensibilización in vivo con inserción vaginal graduada, aunque el manual también incluye ejercicios de Kegel y entrenamiento en masturbación.

Ojo. En el cuadro 22.1 de Penadés el trastorno por dolor genitopélvico/penetración también incluye «entrenamiento en masturbación» y «ejercicios de Kegel», y los ejercicios de Kegel aparecen además en el trastorno de interés/excitación sexual femenino y en la eyaculación precoz. La clave se sostiene porque el tratamiento del dolor genitopélvico «se basa en una desensibilización sistemática de la penetración» (pág. 561), mientras que la autoestimulación con entrenamiento del pubicoxígeo es el núcleo de los programas para la disfunción orgásmica femenina (Vallejo 2012, tabla 15 de Heiman y LoPiccolo y programa de Graber y Graber, págs. 766-767).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 22, cuadro 22.1, págs. 556-557, y pág. 561. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 14, tabla 15, págs. 766-767.

EN EL ATLAS Tema C5 · Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos. Se estudia con Penadés (Base) y Vallejo Adultos 2012 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 167

147 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 3

Señale a qué concepto de la práctica de la psicoterapia se refiere Clara Hill (2017) con la expresión "la manifestación de los niveles más altos de habilidad, destreza, competencia profesional y efectividad":

1. Práctica deliberada.
2. Práctica reflexiva.
3. Pericia clínica. ✓
4. Rendimiento terapéutico.

Hill define la pericia por el desempeño: los niveles más altos de habilidad, destreza, competencia y efectividad

Gimeno recoge varias propuestas sobre qué hace experto a un psicoterapeuta. La de **Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan y Gelso (2017)** se centra en el **desempeño** más que en los resultados y define la **pericia** como «la manifestación de los niveles más altos de habilidad, destreza, competencia profesional y efectividad». Para valorarla proponen **ocho criterios** (desempeño, procesamiento cognitivo, resultados de los consultantes, experiencia, cualidades personales y relacionales, certificados, reputación y autoevaluación) y cuatro maneras de mejorarla: la experiencia práctica con pacientes, la supervisión, la psicoterapia personal y los ejercicios de **práctica deliberada**, que es por tanto un medio para mejorar la pericia.

1. La práctica deliberada es una de las vías para mejorar la pericia: un esfuerzo sistemático y prolongado, con un mentor y feedback inmediato, para mejorar el propio rendimiento.
2. La práctica reflexiva consiste en reservar tiempo para reflexionar sobre el propio desarrollo profesional.
3. Es el término que define Hill con esa expresión.
4. El rendimiento terapéutico no es el concepto que define Hill; su propuesta se centra en el desempeño más que en los resultados.

> **Trampa.** La práctica deliberada aparece en la misma frase del manual como vía para mejorar la pericia; es fácil confundir el medio con el fin.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 2, pág. 48; cap. 8, págs. 175-176.

EN EL ATLAS: Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Se estudia con Gimeno (Base).

148

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 1

Dentro del marco de la Terapia de Esquemas, ¿cuál de las siguientes respuestas hace mención a alguna de las 5 dimensiones de esquemas que propone J. Young en su modelo?:

1. Dimensión de desconexión y rechazo. ✓
2. Dimensión de la necesidad del sí mismo.
3. Dimensión del proceso elaborativo interrumpido.
4. Dimensión de alienación y apatía.

Desconexión y rechazo es la primera de las cinco dimensiones de esquemas de Young

Rodríguez Morejón explica que, para la **terapia de esquemas**, el concepto central son los **esquemas desadaptativos tempranos**: patrones de recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales aprendidos en la infancia y la adolescencia, que nacen del temperamento, de **necesidades emocionales insatisfechas** y de experiencias tempranas tóxicas. Young y colaboradores distinguen **18 esquemas** agrupados en **cinco dimensiones**: **desconexión y rechazo**, trastornos de autonomía y rendimiento, límites insuficientes, focalización en las necesidades de los demás, e hipervigilancia e inhibición. La primera reúne, por ejemplo, los esquemas de abandono, desconfianza, privación emocional, defecto y aislamiento social o alienación.

1. Es la primera de las cinco dimensiones.
2. No existe una dimensión con ese nombre. La más parecida es la focalización en las necesidades de los demás.
3. El «proceso elaborativo interrumpido» no figura entre las dimensiones de Young.
4. La alienación aparece en el modelo como parte del esquema aislamiento social/alienación, uno de los cinco de la dimensión de desconexión y rechazo.

Trampa. La opción 4 toma una palabra real del modelo, alienación, que da nombre a un esquema de la dimensión de desconexión y rechazo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 17, págs. 309-311.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 77

149

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA con respecto a la descripción del trastorno de juego por internet realizada en el DSM-5:

1. Se refiere a la adicción a los juegos de azar a través de internet.
2. Se refiere al uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, que llega a provocar un malestar clínicamente significativo. ✓
3. Se considera que existe evidencia suficiente para considerarlo dentro de los diagnósticos oficiales de trastornos mentales.
4. Ha sido incluido dentro de la categoría "Adicciones conductuales", junto con otros trastornos adictivos que no implican sustancias.

El trastorno de juego por internet sigue en la Sección III como afección que necesita más estudio

Los criterios propuestos definen el **trastorno de juego por internet** como el **uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos**, a menudo con otros jugadores, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo, con cinco o más de nueve síntomas en 12 meses. Solo incluye los **juegos que no son de apuestas**, porque las apuestas por internet se diagnostican como juego patológico, hoy trastorno por juego. El DSM-5 lo coloca en la **Sección III** porque el comité elaborador consideró insuficiente la evidencia para incluir estas propuestas como diagnósticos oficiales, y el único trastorno no relacionado con sustancias que la Sección II incluye entre los trastornos adictivos es el **juego patológico**.

1. Se refiere a juegos sin apuestas; las apuestas por internet se incluyen dentro del juego patológico.
2. Recoge la definición de los criterios propuestos.
3. El comité elaborador del DSM-5 determinó que la evidencia era insuficiente, y por eso el trastorno está entre las afecciones que necesitan más estudio.
4. El DSM-5 no tiene una categoría de «adicciones conductuales»; el juego patológico es el único trastorno no relacionado con sustancias del capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Ojo. El DSM-5-TR mantiene el trastorno en la Sección III, pero añade que las tasas de prevalencia justificaron su inclusión allí y en el capítulo de trastornos mentales, conductuales y del neurodesarrollo de la CIE-11 (pág. 914). La opción 3 solo es falsa referida al DSM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Sección III, afecciones que necesitan más estudio, introducción, pág. 783, y trastorno de juego por internet, págs. 795-797; juego patológico, pág. 586.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 148

150

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B7 · Adicciones comportamentales | Revisar

Respuesta correcta: 2

En relación con las diferencias en el juego patológico en función del género:

1. Las mujeres empiezan a jugar antes.
2. Las mujeres suelen tener más trastornos afectivos comórbidos. ✓
3. Los varones presentan una mayor comorbilidad con el abuso de benzodiacepinas.
4. No se han encontrado diferencias en cuanto a la modalidad de juego.

Las mujeres con trastorno por juego tienen más trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad que los varones

El DSM-5 dice que las **mujeres con juego patológico**, hoy trastorno por juego, tienen más probabilidades que los varones de padecer **trastornos depresivos, bipolares y ansiosos**. El mismo apartado describe que los hombres tienden a empezar a jugar antes y que las mujeres suelen comenzar **más tarde** y desarrollar el trastorno en un marco temporal más corto. Belloch añade que las mujeres participan más en juegos de **azar puro**, como el bingo o las máquinas tragaperras, mientras que los hombres apuestan también en actividades que requieren cierto grado de **habilidad**.

1. Los hombres tienen mayor tendencia a comenzar a jugar precozmente; las mujeres suelen empezar más tarde.
2. Es lo que dice el DSM-5 sobre la comorbilidad según el sexo.
3. Ni el DSM-5 ni Belloch atribuyen a los varones más abuso de benzodiacepinas; el DSM-5 señala en general a las mujeres como el grupo con más riesgo de abusar de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
4. Sí hay diferencias: las mujeres juegan más a juegos de azar puro y los hombres apuestan además en actividades que requieren habilidad.

Ojo. Ninguna obra del corpus habla de benzodiacepinas en el juego patológico. La opción 3 se descarta por la clave y por el dato general del DSM-5 sobre los sedantes (pág. 554), no por una cifra específica del juego. Belloch recoge además un estudio en el que las mujeres con problemas de juego tenían más problemas psicopatológicos que los hombres, aunque menor consumo de sustancias (pág. 518), un dato que da a la opción 3 cierto apoyo indirecto. Para cerrarla falta una fuente que compare por sexo el consumo de benzodiacepinas en el juego: no la traen el DSM-5-TR (págs. 663-665), Belloch (2008, 2020 y 2024), Caballo (2014 y 2024), Penadés ni Vallejo y Vallejo-Slocker.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Juego patológico, págs. 587-588; trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, pág. 554. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 518.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 90, PIR 2023 · n.º 202, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 150

151

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

En relación con el Síndrome de Fregoli:

1 La variante opuesta es el denominado Síndrome de Clérambault.

2 El paciente cree que una persona importante en su vida está siendo usurpada por un impostor que tiene exactamente la misma apariencia.

3 Es un falso reconocimiento positivo. ✓

4 Es una paramnesia del recuerdo.

El síndrome de Fregoli es un falso reconocimiento positivo: los extraños parecen conocidos disfrazados

Belloch trata los síndromes de **Capgras** y de **Fregoli** entre las **paramnesias del reconocimiento**. En el de Capgras (delirio de Sosias o de suplantación) el paciente cree que una persona importante ha sido **sustituida por un impostor** idéntico. La **variante opuesta** es el síndrome de Fregoli, un **falso reconocimiento positivo**: el paciente cree que personas extrañas son en realidad conocidas que se han «disfrazado» para no ser reconocidas. El manual añade que ambos se catalogan como modalidades de delirio, porque el problema no es tanto el falso reconocimiento como la interpretación delirante que el paciente hace de él.

1 La variante opuesta del Fregoli es el síndrome de Capgras. El de Clérambault es el delirio erotomaníaco.

2 Creer que un ser querido ha sido usurpado por un impostor idéntico es el síndrome de Capgras.

3 Es la definición del manual.

4 El manual lo sitúa entre las paramnesias del reconocimiento, junto a las agnosias, la paramnesia reduplicativa y el síndrome de Capgras.

Trampa. Las opciones 1 y 2 describen al Capgras y al Clérambault, los dos síndromes con nombre propio que suelen aparecer junto al Fregoli.

Para fijarlo. Capgras ve a un conocido y cree que es un extraño; Fregoli ve a extraños y cree que son conocidos disfrazados.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 216-217; cap. 8, tabla 8.6, pág. 256, y pág. 261.

EN EL ATLAS

Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema A7 · Pensamiento.

152

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5, en el curso de un trastorno depresivo mayor, ¿qué condiciones son necesarias para considerar que el paciente se encuentra en una fase de remisión total?:

1. Una reducción de más de un 50% de la gravedad de los síntomas respecto a la línea base.
2. Remisión de los síntomas durante más de seis meses y retorno al funcionamiento normal.
3. Cese significativo de los signos y síntomas durante los últimos dos meses. ✓
4. Presencia de síntomas menores, sin llegar a cumplir todos los criterios diagnósticos, durante un período menor a dos meses desde el inicio del episodio depresivo mayor.

La remisión total del DSM-5 exige dos meses sin síntomas significativos

El DSM-5 especifica que el trastorno de depresión mayor está **en remisión total** cuando **durante los últimos 2 meses** no ha habido signos o síntomas significativos. Los distractores proceden de la tabla de Belloch con las definiciones de curso. Una reducción de más del 50 % de la gravedad es la **respuesta al tratamiento**. Una remisión mantenida más de seis meses con vuelta al funcionamiento normal es la **recuperación**. Síntomas menores, sin cumplir criterios y durante menos de dos meses, describen la **remisión parcial**.

1. Una reducción de más del 50 % de la gravedad respecto a la línea base es la respuesta al tratamiento.
2. La remisión mantenida durante más de seis meses con retorno al funcionamiento normal es la recuperación.
3. Es la definición del DSM-5.
4. Síntomas aún presentes sin cumplir todos los criterios, con menos de dos meses transcurridos, corresponden a la remisión parcial.

Trampa. Respuesta, remisión parcial, remisión total y recuperación forman una escala de curso; las preguntas suelen intercambiar sus plazos (dos meses frente a seis).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos depresivos, pág. 188. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 209.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 117, PIR 2022 · n.º 36

153 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes teorías sobre la depresión señala la especial importancia del papel de las rumiaciones como factor de mayor gravedad y duración de los síntomas depresivos?:

1 La teoría cognitiva de Beck.

2 La teoría de la desesperanza de Abramson.

3 La teoría conductual de Ferster.

4 La teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema. ✓

Para Nolen-Hoeksema, rumiar los primeros síntomas alarga y agrava la depresión

Belloch explica que algunos modelos de la depresión no buscan el origen del trastorno sino los factores que explican su **curso**. Es el caso de la **teoría de los estilos de respuesta** de **Nolen-Hoeksema** (1991): la forma de responder a los primeros síntomas depresivos influye en su **duración y gravedad**. Quienes presentan **respuestas rumiativas**, conductas y pensamientos que centran la atención en los síntomas y sus implicaciones, sufren síntomas más largos e intensos que quienes son capaces de **distraerse**. La rumiación intensifica el pensamiento negativo, reduce la generación de soluciones a los problemas, interfiere con las conductas que dan reforzamiento y disminuye el efecto beneficioso del apoyo social.

1 La teoría cognitiva de Beck sitúa la vulnerabilidad en las actitudes disfuncionales almacenadas en esquemas cognitivos depresógenos.

2 La teoría de la desesperanza de Abramson se centra en el estilo atribucional: explicar los sucesos negativos por causas internas, estables y globales y anticipar más consecuencias negativas.

3 El manual no expone la teoría de Ferster; la teoría conductual que recoge, la cognitivo-conductual de Lewinsohn, atribuye la depresión a déficits de habilidades y a la pérdida o falta de refuerzos positivos.

4 Es la teoría que da a la rumiación el papel de factor de mayor gravedad y duración.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 216-218.

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

154

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

Señala la respuesta CORRECTA con respecto al diagnóstico diferencial entre los trastornos bipolares y los trastornos depresivos:

1. El trastorno bipolar tiene una aparición más tardía, en torno a los 30 años, mientras que la depresión aparece alrededor de los 20 años.
2. Existe mayor probabilidad de sufrir síntomas atípicos, como enlentecimiento motor, agitación e hipersomnia, en las depresiones bipolares que en las unipolares. ✓
3. Existe mayor probabilidad de suicidio en las depresiones unipolares.
4. Existe mayor probabilidad de abuso de sustancias psicoactivas en depresiones unipolares.

Los síntomas atípicos son más frecuentes en la depresión bipolar que en la unipolar

Belloch recoge en la tabla 6.1 las características que diferencian los trastornos depresivos de los bipolares, y en la tabla 7.2 las de la depresión unipolar frente a la bipolar. Los trastornos bipolares empiezan antes (**edad media de 20 años**, frente a 35 en los depresivos), tienen más episodios pero más breves y se asocian a **más síntomas atípicos**, como la hipersomnia, los síntomas psicóticos o el retardo psicomotor. El **riesgo de suicidio** durante la depresión es **mayor** en los bipolares, y el **abuso de sustancias** es más frecuente en la depresión bipolar. La opción 2 es la única que respeta el sentido de las tablas.

1. La tabla 6.1 da una edad media de comienzo de 20 años en los trastornos bipolares y de 35 en los depresivos.
2. Los síntomas atípicos (hipersomnia, síntomas psicóticos, retardo psicomotor) son más frecuentes en los trastornos bipolares.
3. El riesgo de suicidio durante la depresión es mayor en los trastornos bipolares.
4. El abuso de sustancias es más frecuente en la depresión bipolar.

TRASTORNOS DEPRESIVOS FRENTE A BIPOLARES EN LOS CUATRO DATOS DE LA PREGUNTA

Característica	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Existencia de síntomas atípicos (p. ej., hipersomnia, psicóticos, retardo psicomotor)	Menos frecuentes	Más frecuentes
Riesgo de suicidio durante la depresión	Menor	Mayor
Abuso de sustancias (tabla 7.2)	Menos frecuente	Más frecuente

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, tabla 6.1 (págs. 201-202) y tabla 7.2 (pág. 236)

Trampa. Los tres distractores invierten el sentido de una fila de la tabla: la edad, el suicidio y el abuso de sustancias.

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; cap. 7, tabla 7.2, pág. 236.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema B16 · Trastornos bipolares.

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 35, PIR 2022 · n.º 39, PIR 2024 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 113

Respuesta correcta: 2

¿A qué nos referimos con aquellas actividades realizadas por el psicólogo clínico o el psicólogo interno residente con esfuerzo sistemático, que se focalizan en la mejora del rendimiento propio, que se realizan durante extensos períodos de tiempo, con la guía de un mentor que proporciona feedback inmediato sobre la ejecución y que promueven progresivamente una mejora de la práctica de la psicoterapia mediante la repetición y el refinamiento sucesivo?:

1 A la práctica reflexiva.

2 A la práctica deliberada. ✓

3 A la práctica continuada.

4 A las habilidades de facilitación interpersonal.

La práctica deliberada es un entrenamiento sistemático, prolongado, con mentor y feedback inmediato

El enunciado reproduce la definición de **práctica deliberada** de la tesis de Chow (2014) que recoge Gimeno: actividades relacionadas con el **esfuerzo sistemático y focalizado** para mejorar el propio rendimiento, mantenidas **durante largos periodos**, con la guía de un **mentor** y basadas en **feedback inmediato**, mediante repetición y refinamiento sucesivo. Su origen está en los trabajos de Ericsson sobre lo que distingue a los expertos, y en psicoterapia la introdujeron Miller, Hubble y Duncan con el «ciclo de la excelencia». No vale cualquier actividad: tiene que situarse un paso por delante del nivel actual del profesional y poder registrarse para que los resultados guíen la práctica.

1 La práctica reflexiva consiste en reservar un tiempo para reflexionar sobre el propio desarrollo profesional o, con ayuda de un supervisor, sobre las sesiones que más nos han afectado; el manual no la define por el esfuerzo sistemático, la repetición ni el feedback inmediato.

2 Es la definición de práctica deliberada.

3 «Práctica continuada» no es un concepto del manual; la continuidad es solo uno de los rasgos de la práctica deliberada.

4 Las habilidades interpersonales facilitadoras consisten en percibir, comprender y comunicar mensajes interpersonales y en persuadir a las personas para que apliquen las soluciones propuestas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 5, págs. 79 y 84-85; cap. 8, págs. 175-176; cap. 9, pág. 186.

EN EL ATLAS

Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Se estudia con Gimeno (Base). Gimeno es Base del tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica.

Respuesta correcta: 4

Según la Terapia Cognitiva de Beck et al. (1979) para el tratamiento de la depresión, ¿cuál de las siguientes técnicas para promover el cambio de pensamientos automáticos corresponde a la categoría de técnica de tipo cognitivo?:

1. Análisis de responsabilidad.
2. Role-playing.
3. Distracción externa.
4. Técnica de reatribución. ✓

La reatribución es una técnica cognitiva de la terapia de Beck

Díaz, Ruiz y Villalobos agrupan las técnicas de la **terapia cognitiva de Beck** para modificar pensamientos automáticos en tres bloques, que resume su tabla 5. Las **conductuales**, como la programación de actividades, el role-playing o las técnicas de afrontamiento, sirven sobre todo para que el paciente haga experimentos que pongan a prueba sus creencias. Las **emotivas** se usan cuando la emoción es demasiado elevada y hay que modularla; con pacientes depresivos, Beck menciona la inducción de auto-compasión y de cólera controlada, la distracción externa o el análisis de responsabilidad. Las **cognitivas** facilitan el cuestionamiento socrático e incluyen las **técnicas de reatribución**, que modifican los sesgos sobre el locus de control, la estabilidad y la especificidad de las atribuciones.

1. El análisis de responsabilidad, que busca reducir los sentimientos de culpa, figura entre las técnicas emotivas.
2. El role-playing es una técnica conductual que se usa para ensayar conductas y comprobar los pensamientos sobre lo que va a ocurrir.
3. La distracción externa (ver la televisión, llamar por teléfono, leer) es una técnica emotiva para aliviar la tristeza o la ansiedad.
4. Las técnicas de reatribución son técnicas cognitivas específicas.

TABLA 5. PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Tipo	Técnicas para promover el cambio de pensamientos automáticos
Técnicas conductuales	Programación de actividades; Role-playing; Técnicas de afrontamiento: Técnicas de control de estímulos, Relajación, Exposición graduada, Control de la respiración, Entrenamiento asertivo
Técnicas emotivas	Inducción de auto-compasión; Inducción de cólera; Distracción externa; Hablar de los sentimientos; Análisis de responsabilidad
Técnicas cognitivas	Mediante auto-registros y descubrimiento guiado se utilizan las siguientes técnicas: Técnicas de reatribución; Técnicas de conceptualización alternativa; Técnicas basadas en la imaginación (Parada de imágenes, Repetición continuada, Proyección temporal, Imaginar metáforas, Parada de imagen catastrofista, Imaginación inducida, Repetición de metas, Imaginación positiva, Imaginación como estrategia de coping)

Fuente: Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), cap. 8, tabla 5, pág. 412

Trampa. Las opciones 1 y 3 son técnicas que suenan cognitivas, pero el manual las clasifica como emotivas.

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, págs. 404-412 y tabla 5.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

157 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA en relación con el trastorno bipolar?:

1. En la etiología del trastorno bipolar intervienen los factores constitucionales.
2. Los gemelos idénticos con un trastorno bipolar pueden llegar a tener una propensión de hasta el 50% de padecer el mismo trastorno. ✓
3. El estrés situacional puede ser el disparador de un episodio maniaco.
4. Pequeñas alteraciones en el ciclo de sueño pueden afectar adversamente a las personas que muestran predisposición hacia los trastornos de tipo bipolar.

En el trastorno bipolar la concordancia entre gemelos idénticos alcanza el 40-70 %

Belloch explica la etiología del **trastorno bipolar** como una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales, con la epigenética de por medio. Es el trastorno mental en el que **más influyen los genes**: las tasas de **concordancia entre gemelos homocigóticos** son del **40-70 %**, y los familiares de primer grado tienen hasta un 10 % de riesgo, siete veces el de la población general. Entre los factores ambientales posnatales están los **acontecimientos vitales estresantes**, que en las etapas precoces suelen preceder a las descompensaciones. Penadés añade que las **alteraciones de los ritmos sociales** y de los ciclos de sueño-vigilia pueden conllevar recaídas.

1. Belloch explica la etiología del trastorno bipolar como una compleja interrelación entre factores genéticos y ambientales que produce cambios biológicos progresivos en la persona (figura 7.2).
2. Es la afirmación incorrecta: la concordancia entre gemelos homocigóticos llega al 70 %, no se queda en el 50 %.
3. En las etapas precoces del trastorno las descompensaciones guardan relación con algún evento estresante en los seis meses previos.
4. Los acontecimientos estresantes pueden alterar los ritmos biológicos, como los ciclos de sueño-vigilia, y los cambios en las rutinas pueden conllevar recaídas en personas vulnerables.

Ojo. El 50 % cae dentro del intervalo del 40-70 % que da el manual, así que la opción 2 solo es falsa si «hasta» se lee como el techo de la concordancia. Las otras tres opciones están respaldadas por el corpus, lo que deja la 2 como la única incorrecta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 245-246. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 18, págs. 449-450.

EN EL ATLAS: Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Penadés (Ampliación).

158 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina el delirio en el que la persona cree que su piel está infectada por bichos o parásitos y que suele acompañarse de alucinaciones táctiles o somáticas?:

1 Síndrome de Cotard.

2 Síndrome de Otelo.

3 Síndrome de Ekbom. ✓

4 Síndrome de Fregoli.

Creerse infestado de parásitos, con alucinaciones táctiles, es el síndrome de Ekbom

Belloch clasifica los delirios por su contenido. Entre los **delirios somáticos**, corporales o hipocondríacos, que giran en torno al funcionamiento del propio cuerpo, describe un tipo específico, el delirio de **infestación**, **zoopático** o **síndrome de Ekbom**: la persona cree que su piel está **infectada por bichos o parásitos**, y el delirio suele acompañarse de **alucinaciones táctiles o somáticas** por las que ve o siente a esos seres. Los otros síndromes de las opciones son también delirios con nombre propio, pero de contenido distinto.

1. El síndrome de Cotard es el delirio nihilista o de negación, centrado en la no existencia del yo, de partes del cuerpo, de los demás o del mundo.
2. El síndrome de Otelo es el delirio celotípico: la convicción de que la pareja es infiel.
3. Es el delirio de infestación o zoopático.
4. El síndrome de Fregoli es un falso reconocimiento positivo: el paciente cree que personas extrañas son conocidos disfrazados.

Para fijarlo. Cotard niega que exista, Otelo sospecha de la pareja, Ekbom siente bichos bajo la piel y Fregoli ve conocidos disfrazados en los extraños.

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; cap. 7, pág. 217.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 133

159

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento · Anulada

Anulada

¿A qué hace referencia la experiencia subjetiva en la que parece que el mundo ha cambiado de un modo sutil, pero a la vez siniestro e inquietante, y en la que el paciente se suele sentir incómodo, desosegado e incluso perplejo?:

1. Interpretación delirante.
2. Temple o humor delirante.
3. Atmósfera delirante.
4. Intuición delirante.

Atmósfera y humor delirante nombran el mismo fenómeno, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 2. El enunciado reproduce casi palabra por palabra la definición que da Belloch de la **atmósfera o humor delirante**, uno de los cuatro tipos de delirio primario de Jaspers. Es la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro e inquietante, con un estado de ánimo muy alterado en el que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo. Vallejo Ruiloba describe el mismo fenómeno con el nombre de **temple o humor delirante**. Como Belloch usa «atmósfera» y «humor» como sinónimos, la opción 2 y la opción 3 nombran lo mismo.

1. Vallejo Ruiloba usa «interpretación delirante» como sinónimo de percepción delirante, en la que el paciente da un significado anormal, casi siempre autorreferencial, a una percepción normal. Falta la vivencia de un mundo cambiado.
2. Clave provisional. Es el nombre que da Vallejo Ruiloba al fenómeno del enunciado, en el que el paciente intuye que «algo está pasando» sin saber qué y se nota desazonado, inquieto y alarmado.
3. Es el término de Belloch, que lo usa como sinónimo de humor delirante y lo define con las mismas palabras del enunciado. Por eso esta opción también describe el fenómeno.
4. La intuición delirante es una idea que asalta al paciente de repente, que le «viene a la cabeza», con un contenido autorreferencial y de gran importancia para él. No se apoya en un cambio difuso del ambiente.

Ojo. La pregunta mezcla la terminología de dos manuales. Belloch habla de «atmósfera o humor delirante» (vol. I, pág. 257) y Vallejo Ruiloba de «temple o humor delirante» (cap. 45, pág. e-704). Con cualquiera de los dos, las opciones 2 y 3 designan el mismo delirio primario.

Para fijarlo. Antes de la idea delirante llega el clima: el mundo se vuelve extraño y amenazante, pero el paciente aún no sabe por qué.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 257-258. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré, Trastornos del pensamiento y del lenguaje), pág. e-704.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 141

160

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes trastornos del pensamiento hace referencia a un trastorno formal del pensamiento?:

1 Esquizofasia. ✓

2 Pensamientos automáticos negativos.

3 Obsesión.

4 Preocupaciones.

La esquizofasia es una forma de incoherencia, un trastorno formal del pensamiento

Belloch sigue la división clásica entre las alteraciones de la **forma, la estructura y el curso** del pensamiento, que afectan a cómo piensa la persona, y las del **contenido**, que afectan a qué piensa. En el listado de Andreasen, la **incoherencia** aparece con tres términos equivalentes, ensalada de palabras, **esquizofasia** y paragramatismos. Es un discurso que en determinados momentos se vuelve ininteligible porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. Las otras tres opciones están en la columna del contenido de la figura 8.1, dentro de los **pensamientos repetitivos negativos**.

1. La figura 8.1 sitúa la incoherencia, o esquizoafasia, entre los trastornos de la forma, el curso y la estructura, y el texto la define como un discurso que se vuelve ininteligible para los demás.
2. Los pensamientos automáticos negativos son, en la figura 8.1, uno de los pensamientos repetitivos negativos, que el manual clasifica entre los trastornos del contenido.
3. Las obsesiones y los pensamientos intrusos figuran también entre los pensamientos repetitivos negativos, en la columna del contenido.
4. La preocupación (worry) encabeza la lista de pensamientos repetitivos negativos que el manual incluye en los trastornos del contenido.

Trampa. Las tres opciones incorrectas pertenecen al mismo bloque, el de los pensamientos repetitivos negativos del contenido. Reconocer ese bloque basta para descartarlas.

Para fijarlo. La forma es cómo se encadenan las palabras y el contenido, de qué tratan. Una ensalada de palabras es un problema de forma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, figura 8.1, págs. 233-235.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 130

161

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

Se considera un trastorno formal del pensamiento de tipo negativo:

1. Incoherencia.
2. Pérdida de meta.
3. Alogia. ✓
4. Resonancia.

La alogia es el trastorno formal del pensamiento de tipo negativo

Andreasen propuso agrupar sus 18 alteraciones en dos extremos, positivo y negativo, y hoy se suelen describir tres agrupaciones (Roche et al., 2015). Los trastornos formales de **tipo negativo** se caracterizan por la **dificultad en la producción de habla**, es decir, la pobreza del habla y la pobreza del contenido del habla. El DSM-5 las reúne bajo el término **alogia**, que Belloch define como descriptor general de síntomas negativos de la esquizofrenia. La incoherencia pertenece al **tipo positivo** y la pérdida de meta, al **pensamiento desorganizado**.

1. La incoherencia figura entre los trastornos de tipo positivo, junto a la presión del habla, la tangencialidad, el descarrilamiento y la ilogicidad, y también en el pensamiento desorganizado.
2. La pérdida de meta forma parte del pensamiento desorganizado, con la tangencialidad, el descarrilamiento, la incoherencia, la ilogicidad y la circunstancialidad.
3. La alogia incluye la pobreza del habla y la pobreza del contenido del habla, que son los trastornos formales de tipo negativo.
4. En las resonancias la elección de las palabras parece determinada por los sonidos, como en las rimas. El manual no las incluye en ninguna de las tres agrupaciones.

AGRUPACIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO (ROCHE ET AL., 2015)

Agrupación	Qué la caracteriza	Qué incluye
Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo	Agrupan las categorías que dan cuenta de una producción de habla profusa, inusual o extraña	Presión del habla, tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia e ilogicidad
Trastornos formales del pensamiento de tipo negativo	Se caracterizan por la dificultad en la producción de habla y se describen como un síntoma negativo de la esquizofrenia	Pobreza del habla y pobreza de contenido del habla, con o sin pensamiento perseverante (i. e., alogia según lo recogido en el DSM-5)
Pensamiento desorganizado	El DSM-5 describe el pensamiento (o discurso) desorganizado como descarrilamiento, tangencialidad e incoherencia, considerándose uno de los síntomas centrales de la esquizofrenia	Tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia, ilogicidad, circunstancialidad, pérdida de meta y, en algunos estudios, también la presión del habla

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 8, pág. 238

Para fijarlo. En lo negativo falta algo: la persona habla poco o habla mucho sin decir nada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, figura 8.1 y págs. 234-238.

EN EL ATLAS

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

162

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Indica la afirmación INCORRECTA en relación con la terapia cognitivo-conductual para la psicosis:

1. Cuando trabajamos el significado de los síntomas, el objetivo es normalizar la experiencia psicótica conceptualizando el delirio como un intento de encontrar sentido a una serie de experiencias extrañas.
2. En la fase de identificación de los pensamientos y emociones asociados a los episodios psicóticos podemos aplicar estrategias como la desdramatización y el análisis de las ventajas e inconvenientes de mantener la creencia delirante. ✓
3. Para finalizar el trabajo con una creencia, es recomendable poner a prueba también la alternativa no delirante, ideando para ello otra prueba de realidad.
4. Ha sido incluida en la mayoría de las guías de práctica clínica como el tratamiento psicológico de elección para la psicosis.

La desdramatización pertenece al análisis de la lógica interna del delirio

Fonseca describe dos componentes en la TCC para la psicosis. El primero, el trabajo con el **significado de los síntomas**, empieza por el análisis verbal de las creencias, que tiene tres fases, la **identificación** de pensamientos y emociones con el modelo ABC, el **análisis de las evidencias** y el **análisis de la lógica interna** del delirio. Solo en la última, cuando la relación terapéutica es más fuerte, se debaten las contradicciones con la contradicción hipotética, los factores moduladores, la **desdramatización** y el balance de ventajas e inconvenientes de mantener la creencia. La opción 2 lleva esas técnicas a la primera fase, y por eso es la afirmación incorrecta.

1. Coincide con el manual, que fija como objetivo normalizar la experiencia psicótica conceptualizando el delirio como un intento de encontrar sentido a una serie de experiencias extrañas.
2. En la fase de identificación se usa el modelo ABC para que la persona advierta que su sufrimiento depende de cómo entiende lo que le pasa. La desdramatización y el análisis de ventajas e inconvenientes llegan después, en el análisis de la lógica interna.
3. El manual recomienda, para finalizar el trabajo con una creencia, poner a prueba también la alternativa no delirante ideando otra prueba de realidad.
4. La TCCp figura en la mayoría de las guías oficiales, como la NICE (2014), como tratamiento psicológico de elección para la psicosis, aunque el informe Cochrane de Jones et al. (2018) no ha demostrado su superioridad sobre otras terapias.

Trampa. En las preguntas sobre la TCCp que piden la afirmación incorrecta suele aparecer una técnica colocada en una fase que no le corresponde. Conviene retener el orden de las tres fases del análisis verbal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 261-263.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 164

Respuesta correcta: 4

De las siguientes intervenciones psicológicas para la psicosis, ¿cuál de ellas presenta un nivel de evidencia y un grado de recomendación menor?:

1. Terapia cognitivo-conductual para la psicosis.
2. Intervención familiar.
3. Tratamiento asertivo comunitario.
4. Terapias contextuales. ✓

Las terapias contextuales aún no tienen nivel de evidencia ni grado de recomendación en la psicosis

La tabla 8.10 de Fonseca resume los niveles de evidencia y los grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para la psicosis. La **TCC para la psicosis**, las **intervenciones familiares** y el **tratamiento asertivo comunitario** comparten el nivel 1+ y el grado A. Las **terapias contextuales** aparecen como **no aplicable** en las dos columnas, aunque el manual las cuenta entre las últimas esperanzas terapéuticas psicológicas para la psicosis. Por eso son las que tienen menor nivel de evidencia y menor grado de recomendación.

1. Nivel 1+ y grado A. La mayoría de las guías oficiales (p. ej., NICE, 2014) la recomiendan en todas las personas con esquizofrenia, en los primeros episodios, en estado agudo y en remisión.
2. Nivel 1+ y grado A, igual que la TCC para la psicosis.
3. Nivel 1+ y grado A, con el respaldo de la división 12 de la APA y de McDonagh et al. (2017).
4. La tabla marca N/A, no aplicable, tanto en el nivel de evidencia como en el grado de recomendación.

TABLA 8.10. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS (N/A: NO APLICABLE)

Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudio(s)
Terapia Cognitivo-Conductual para la psicosis	1+	A	Hazell et al. (2018); Lincoln y Peters (2019); Sitko et al. (2020)
Intervenciones familiares	1+	A	Camacho-Gómez et al. (2020); Claxton et al. (2017); McDonagh et al. (2017); McFarlane (2016); Sakaluk et al. (2019)
Tratamiento asertivo comunitario	1+	A	APA, división 12; McDonagh et al. (2017)
Psicoeducación	1+	B	Alhadidi et al. (2020); Norman et al. (2017); Weiden et al. (2019)
Entrenamiento en habilidades sociales	2+	C	McDonagh et al. (2017); Almerie et al. (2015); Turner et al. (2018)
Terapias contextuales	N/A	N/A	Jansen et al. (2020); Wakefied et al. (2018); Louise et al. (2018); Perlini et al. (2020); Braehler et al. (2013); Martins et al. (2018); Chadwick et al. (2016)
Rehabilitación cognitiva	1+	B	APA, División 12; GPC SNS España (2009); Cella et al. (2017); Cella et al. (2020); Wykes et al. (2011)
Paquetes integrados multimodales	1+	B	Anderson et al. (2018); McDonagh et al. (2017); Mueller et al. (2017); Rakitzi et al. (2016); Taksal et al. (2015)
Prevención/intervención temprana	1+	A	NICE (2014); SIGN (2013); Fusar-Poli (2020)

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 8, tabla 8.10, pág. 289

Para fijarlo. En la psicosis el grado A lo comparten tres: la TCCp, la familia y el tratamiento asertivo comunitario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 263, 273 y 289 (tabla 8.10).

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

164

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

En relación con la terapia cognitivo conductual aplicada a los delirios:

1. La comprobación empírica es más efectiva cuando se aplica después de la fase de análisis verbal y no antes. ✓
2. El trabajo con el significado de los esquemas cognitivos puede realizarse independientemente del insight del paciente.
3. Las fases del análisis verbal de una creencia son dos, analizar las evidencias y la lógica interna del delirio.
4. Cuando iniciamos una intervención sobre una idea delirante, es muy importante cuestionar directamente dicha creencia, ya que se ha demostrado que reduce la resistencia al cambio.

La comprobación empírica funciona mejor después del análisis verbal

En el capítulo de Bellido Zanin y colaboradores, el trabajo con el significado de los síntomas combina el **análisis verbal** de las creencias delirantes con la **comprobación empírica**, que consiste en planear y llevar a cabo una tarea que ponga a prueba una creencia. El manual aconseja no aplicarlas de forma aislada, porque se apoyan mutuamente, y recoge que **Chadwick y Lowe (1990)** demostraron con estudios de casos que las pruebas de realidad son **más efectivas cuando se aplican después** de la fase de análisis verbal.

1. Es el dato de Chadwick y Lowe (1990) que recoge el manual.
2. El trabajo con los esquemas solo se inicia cuando la relación terapéutica está muy consolidada, y con algunos pacientes no es posible porque carecen del insight suficiente para una formulación basada en esquemas.
3. Las fases del análisis verbal son tres. Antes del análisis de las evidencias y de la lógica interna está la identificación de pensamientos y emociones con el modelo ABC.
4. Al iniciar la intervención el manual pide no cuestionar ni contradecir directamente la creencia, porque el cuestionamiento directo provoca confrontación y hace al paciente más resistente al cambio.

Para fijarlo. Primero se habla de la creencia y después se pone a prueba: el experimento llega cuando el debate ha preparado el terreno.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5 (Bellido Zanin, Senín Calderón, Rodríguez Testal y Perona Garcelán), págs. 183-192. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 261-262.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 164, PIR 2025 · n.º 93

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es el objetivo del trabajo con esquemas cognitivos básicos en pacientes con voces persistentes?:

1. Trabajar los factores de vulnerabilidad previos al inicio del trastorno. ✓
2. Mejorar las estrategias de afrontamiento de las alucinaciones.
3. Prevenir el desarrollo de interpretaciones deliroides.
4. Mejorar el funcionamiento social.

Los esquemas cognitivos básicos remiten a la vulnerabilidad previa a la psicosis

Tras el trabajo con el significado de los síntomas, la TCCp puede abordar los **esquemas cognitivos básicos**, una fase delicada que solo conviene iniciar con una relación terapéutica muy consolidada. Su objetivo es elaborar una nueva comprensión de los síntomas positivos identificando los esquemas relacionados con las creencias delirantes, que son **previos a la aparición del trastorno** y están en el **origen y el mantenimiento** del trastorno emocional básico de la persona. Se trata de salir del debate del delirio y de las voces para centrarse en las **experiencias emocionales** de fondo, como el desamparo o la incapacidad para ser amado.

1. Recoge la idea del manual, que sitúa los esquemas antes de la aparición del trastorno y en su origen.
2. La fase de esquemas busca salir del debate sobre las voces y centrarse en las carencias y experiencias emocionales de fondo, más que mejorar el afrontamiento de las alucinaciones.
3. Cuando se llega a esta fase el delirio ya existe. Lo que se hace es relacionarlo con las evaluaciones personales negativas para poder abandonar su debate.
4. El manual no señala el funcionamiento social como objetivo de esta fase, centrada en las evaluaciones negativas sobre uno mismo, los otros y el mundo.

Para fijarlo. Detrás de la voz más extraña suele haber un «no valgo» o un «estoy solo», y ahí apunta el trabajo con esquemas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5 (Bellido Zanin, Senín Calderón, Rodríguez Testal y Perona Garcelán), pág. 192. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 262-263.

EN EL ATLAS

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

Respuesta correcta: 3

¿Qué funciones tiene el psicólogo clínico en la administración de la terapia AVATAR para el tratamiento de las alucinaciones auditivas resistentes a la medicación?:

1. El terapeuta no tiene funciones específicas puesto que se trata de una intervención digital autoadministrada.
2. El terapeuta no tiene funciones específicas puesto que se trata de una intervención basada en realidad virtual y, por tanto, autoadministrada.
3. Ser capaz de representar de manera veraz el carácter y el papel de la voz en relación con la persona que presenta las voces. ✓
4. Enfrentarse directamente a la voz con maestría.

En la terapia AVATAR el terapeuta da voz al avatar y ayuda a la persona a enfrentarse a él

La **terapia AVATAR** busca reducir la frecuencia y el malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación. La persona crea con un programa informático la cara del ente que oye, y otro programa transforma la **voz del terapeuta** para que suene como la alucinación. Así se establece un **triálogo** entre la persona, el terapeuta y el avatar. Fonseca atribuye al terapeuta dos funciones, **representar de manera veraz el carácter y el papel de la voz** en la relación con la persona y ayudarla a interactuar con la voz y a enfrentarse a sus comentarios negativos para modificar esa relación.

1. La intervención depende del terapeuta, que es quien habla a través del avatar con su voz transformada.
2. Es una implementación de la realidad virtual, pero el avatar habla con la voz transformada del terapeuta, que además guía el diálogo.
3. Es la primera de las dos funciones que el manual atribuye al terapeuta.
4. Quien se enfrenta a la voz es la persona que la oye. El terapeuta la ayuda a interactuar con ella y a responder a sus comentarios negativos.

> **Para fijarlo.** En AVATAR el terapeuta presta su voz al perseguidor para que el paciente aprenda a plantarle cara.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 286-287. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 16 (Rus-Calafell, Ward, Garety y Craig), págs. 513-515.

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

167 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes es el aspecto fundamental en el que se basa la terapia basada en la mentalización para niños (MBT-C)?:

1. La resolución de problemas.
2. Las defensas del yo.
3. La teoría del apego. ✓
4. El desarrollo del insight.

La terapia basada en la mentalización se apoya en la teoría del apego

Fonseca presenta el **tratamiento basado en la mentalización** (MBT) como una de las terapias psicodinámicas más citadas e investigadas. Está basado en la **teoría del apego** de Bowlby y en principios cognitivos y neuropsicológicos, y se apoya en la capacidad de **mentalizar**, que contribuye a la regulación del afecto y al desarrollo del self y que se forma a partir de la calidad de las interacciones tempranas con los cuidadores. Midgley y colaboradores, autores del manual de la versión para niños (**MBT-C**), describen un enfoque breve que integra los principios psicodinámicos con la teoría del apego y el estudio empírico de la mentalización.

1. La resolución de problemas no aparece entre los fundamentos de la MBT que recogen los manuales.
2. La MBT pertenece a la tradición psicodinámica, pero los manuales la fundamentan en la teoría del apego y no mencionan las defensas del yo entre sus bases.
3. Es la base que dan los dos manuales.
4. El manual describe como tarea del terapeuta evaluar el apego y la capacidad de mentalizar y restaurarla o mantenerla. El insight no figura como su fundamento.

Ojo. La tabla 2.1 de Fonseca (pág. 75) incluye las defensas entre los principios de la psicoterapia psicodinámica con niños, el paraguas al que pertenece la MBT. La pregunta pide el fundamento propio de la MBT-C, que los dos manuales sitúan en la teoría del apego.

Para fijarlo. Mentalizar se aprende en el apego: un cuidador que piensa en la mente del niño le enseña a pensar en la suya.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 2, págs. 73-74. Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2020). Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado. Desclée de Brouwer. Págs. 16 y 37.

EN EL ATLAS

Tema C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 40

168 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

Señale un ejemplo del uso de la técnica de la externalización en niños y adolescentes:

1. Hablar de la anorexia como una sombra malvada. ✓
2. Reflexionar sobre los apoyos externos de los que dispone el niño o adolescente.
3. Dibujar un futuro mejor en el que no exista el problema.
4. Trabajar sólo con los padres cuando el niño o adolescente no esté motivado por solucionar el problema.

Externalizar es hablar del trastorno como algo separado de la persona

En la **terapia basada en la familia** (FBT) para los trastornos alimentarios, desarrollada en el Maudsley Hospital, los padres se convierten en agentes de cambio. Fonseca señala como aspecto clave del tratamiento **separar el trastorno de la identidad de la paciente**, es decir, **externalizar la enfermedad**, para que los padres se sientan capaces de tomar medidas firmes contra el trastorno alimentario y no culpen a su hija por su comportamiento. Rodríguez Morejón describe la **externalización** de White y Epston como ayudar a que el cliente describa el problema como algo externo, una entidad molesta contra la que hay que luchar, con un **lenguaje personificador**. Hablar de la anorexia como una sombra malvada hace eso.

1. Presenta la anorexia como algo ajeno a la paciente, que es lo que busca la externalización.
2. Reflexionar sobre los apoyos externos no separa el trastorno de la identidad del niño, que es lo que define la externalización.
3. Dibujar un futuro sin el problema no separa el trastorno de la persona, que es lo que define la externalización.
4. Trabajar solo con los padres cambia el formato de la intervención, pero no separa el trastorno de la identidad del menor.

Para fijarlo. Si la anorexia tiene nombre propio, los padres pueden pelear contra ella sin pelear contra su hija.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, pág. 380. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 29, págs. 479-480.

EN EL ATLAS Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 187

169

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B30 · Trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 2

Según el DSM-5, ¿cuál se corresponde con el trastorno de la comunicación social (pragmático)?:

1. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la comunicación verbal de mensajes.
2. Dificultad persistente en el uso social de la comunicación verbal y no verbal. ✓
3. Alteraciones persistentes en la comunicación verbal, como por ejemplo la repetición de sonidos y sílabas, que dificultan la conversación.
4. Los síntomas suelen identificarse en la adolescencia tardía, ya que es cuando las interacciones sociales empiezan a ser más complejas.

La dificultad persistente en el uso social de la comunicación verbal y no verbal define el trastorno de la comunicación social

El criterio A del **trastorno de la comunicación social (pragmático)** exige **dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal**, que se manifiestan al usar la comunicación con fines sociales, adaptarla al contexto o al oyente, seguir las normas de conversación y narración y comprender lo que no se dice explícitamente. Las opciones 1 y 3 copian los criterios A del **trastorno fonológico** y del **tartamudeo**. En cuanto a la edad, el diagnóstico es raro antes de los 4 años, a los **4 o 5 años** la mayoría de los niños ya permite identificar las deficiencias y las formas leves pueden no ser evidentes hasta la **adolescencia temprana**.

1. Es el criterio A del trastorno fonológico.
2. Es el criterio A del trastorno de la comunicación social (pragmático).
3. La repetición de sonidos y sílabas es el primer síntoma del criterio A del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo).
4. El manual habla de la adolescencia temprana y solo para las formas más leves; en la mayoría de los niños las deficiencias se identifican hacia los 4 o 5 años.

CRITERIO A DE TRES TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Trastorno	Criterio A
Trastorno fonológico	Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes
Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)	Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje
Trastorno de la comunicación social (pragmático)	Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastornos de la comunicación, criterios diagnósticos, págs. 50, 51 y 54

Trampa. La opción 4 cambia «adolescencia temprana» por «adolescencia tardía» y lo extiende a todos los casos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno fonológico, pág. 44; trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), pág. 45; trastorno de la comunicación social (pragmático), págs. 47-48.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 43, PIR 2017 · n.º 179, PIR 2025 · n.º 183

Respuesta correcta: 4

Señale la INCORRECTA. Según el DSM-5, la discapacidad intelectual:

1 Incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo.

2 Las deficiencias intelectuales comienzan durante el período de desarrollo.

3 Puede incluir la alteración de funciones como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación o el pensamiento abstracto.

4 Debe medirse siempre mediante pruebas estandarizadas individualizadas y obtenerse un Cociente Intelectual Total de 70 o inferior. ✓

El trastorno del desarrollo intelectual no exige obtener siempre un CI total de 70 o inferior

Las tres primeras opciones reproducen la definición del DSM-5. La **discapacidad intelectual**, hoy trastorno del desarrollo intelectual, comienza en el **período de desarrollo** e incluye limitaciones del **funcionamiento intelectual** y del **comportamiento adaptativo**, y el criterio A cita el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación o el pensamiento abstracto. Las deficiencias intelectuales se confirman con evaluación clínica y pruebas estandarizadas, pero el manual no fija un CI obligatorio. Habla de puntuaciones unas dos desviaciones típicas por debajo de la media, en torno a **65-70**, y advierte de que una persona con un CI por encima de 70 puede tener problemas adaptativos tan graves que su rendimiento real sea comparable al de un CI más bajo.

1 Es la definición con la que arrancan los criterios.

2 Es el criterio C, inicio durante el período de desarrollo.

3 Son funciones intelectuales enumeradas en el criterio A.

4 Es la afirmación falsa. Las pruebas estandarizadas confirman el criterio A, pero el DSM-5 no exige un CI total de 70 o menos y pide valoración clínica para interpretar los resultados.

Trampa. La palabra «siempre» y la cifra exacta convierten un punto de referencia orientativo en un requisito.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), págs. 33 y 37.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 177, PIR 2022 · n.º 78, PIR 2024 · n.º 27

171

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 3

El trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida (según el DSM-5) tienen en común que los menores:

1. Presentan un comportamiento verbal o físico demasiado familiar y acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados.
2. Tienen relaciones sociales, en la mayor parte de los contextos, sumamente alteradas e inadecuadas para su nivel de desarrollo (a partir de los 3 años de edad).
3. Han sufrido negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas por parte de los cuidadores adultos. ✓
4. Presentan episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes, incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

Apego reactivo y relación social desinhibida comparten el cuidado insuficiente extremo del criterio C

Los dos trastornos tienen un **criterio C** idéntico: el niño ha experimentado un **patrón extremo de cuidado insuficiente**, por **negligencia o carencia social**, cambios repetidos de los cuidadores primarios o educación en contextos no habituales, como instituciones con muchos niños por cuidador. Comparten también el criterio de que ese cuidado sea responsable de la alteración y la edad de desarrollo mínima de 9 meses. La opción 3 copia el primero de esos tres ejemplos. Lo que los separa es la expresión, con retraimiento en el apego reactivo y desinhibición en la relación social desinhibida.

1. El comportamiento demasiado familiar es solo del trastorno de relación social desinhibida (criterio A2).
2. Las relaciones sociales alteradas en la mayor parte de los contextos recuerdan la definición del trastorno reactivo de la vinculación del DSM-IV, que empezaba antes de los 5 años. El DSM-5 pide una edad de desarrollo de al menos 9 meses y no menciona los 3 años.
3. Es el criterio C1, común a los dos trastornos.
4. Los episodios inexplicados de irritabilidad, tristeza o miedo son el criterio B3 del apego reactivo.

APEGO REACTIVO Y RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA EN EL DSM-5-TR

Criterio	Trastorno de apego reactivo	Trastorno de relación social desinhibida
Patrón de conducta (A)	Comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos	Se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños
Cuidado insuficiente (C)	Negligencia o carencia social; cambios repetidos de los cuidadores primarios; educación en contextos no habituales	Negligencia o carencia social; cambios repetidos de los cuidadores primarios; educación en contextos no habituales
Edad de desarrollo	Al menos 9 meses (G)	Al menos 9 meses (E)
Otros requisitos	No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista; el trastorno es evidente antes de los 5 años	Los comportamientos no se limitan a la impulsividad, como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida, criterios, págs. 295-296 y 298-299

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de apego reactivo, págs. 265-266; trastorno de relación social desinhibida, págs. 268-269. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, pág. 122.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 35, PIR 2022 · n.º 27, PIR 2017 · n.º 76, PIR 2019 · n.º 82

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

Señala la respuesta CORRECTA con respecto a la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para el tratamiento psicológico en población infantojuvenil:

1. No existe un protocolo estandarizado de aplicación específico para esta población.
2. Únicamente se puede aplicar la estimulación bilateral mediante tapping.
3. Se pueden emplear en su aplicación recursos como el dibujo. ✓
4. No es relevante que el entorno familiar participe en esta terapia.

La EMDR con niños se adapta a su desarrollo con juguetes, dibujos y cuentos

La **EMDR** de Shapiro busca reducir el malestar de los recuerdos traumáticos mediante movimientos sacádicos horizontales mientras se evocan, y usa también la **estimulación auditiva bilateral** y el **tapping** en las rodillas del niño. Para la infancia, Tinker y Wilson (1999) y Greenwold (1999) desarrollaron un **protocolo estandarizado** específico con las mismas fases. Fonseca recoge además dos adaptaciones técnicas. La primera es evaluar el desarrollo evolutivo de cada niño para ajustar la intervención, **pudiendo usar juguetes, dibujos y cuentos**; la segunda, implicar como coterapeutas a personas significativas de su entorno familiar y social.

1. Tinker y Wilson (1999) y Greenwold (1999) desarrollaron un protocolo estandarizado de aplicación específica a la población infantojuvenil, con las mismas fases que el original.
2. Además del tapping, la EMDR usa movimientos sacádicos guiados por los dedos del terapeuta y estimulación auditiva bilateral con dispositivos electrónicos.
3. Es una de las adaptaciones que recomienda el manual, junto con los juguetes y los cuentos.
4. El manual aconseja implicar a personas significativas del entorno familiar y social como coterapeutas, que pueden incluso acompañar al niño en las sesiones.

> **Ojo.** En población infantojuvenil la EMDR cuenta con escasos ensayos que avalen su idoneidad, y el capítulo concluye que la evidencia de sus efectos es limitada (págs. 558 y 566).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, págs. 558 y 566.

EN EL ATLAS
Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 178

173

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

En relación con el trastorno negativista desafiante:

1. Las estrategias negativas (como castigos) y aquellas que priman el control aparecen con más frecuencia en familias de menores con este diagnóstico. ✓
2. Los hallazgos biológicos pueden explicar la variabilidad individual que se produce en torno a este diagnóstico.
3. Sólo el 10% de las personas diagnosticadas de TDAH desarrollarán de forma comórbida un trastorno negativista.
4. El tratamiento “The Incredible Years” aún no tiene la suficiente evidencia empírica.

Los estilos educativos punitivos y controladores son más frecuentes en el negativismo desafiante

Belloch divide los factores etiológicos del **trastorno negativista desafiante** en neurobiológicos y ligados al aprendizaje y al contexto. Entre estos últimos están los **estilos educativos** de los padres. Las **estrategias negativas**, como los castigos o el refuerzo negativo, y las que **priman el control y el poder** de manera exagerada aparecen con mayor frecuencia en los diagnósticos de este trastorno. El manual añade que en las familias donde se manifiesta el oposicionismo hay mayor rigidez de las figuras de autoridad, y que el uso excesivo del refuerzo negativo junto con la mala comunicación o su ausencia fomenta el comportamiento negativista.

1. Es lo que recoge el manual entre los factores ligados al aprendizaje y al contexto.
2. Según el manual, aunque son relevantes, los hallazgos biológicos no explican el origen del trastorno ni tampoco su gran variabilidad individual.
3. El 10 % es la proporción de niños en edad escolar y adolescentes que desarrollan el trastorno. Entre las personas con TDAH, la comorbilidad con el negativismo desafiante es del 50 al 60 %.
4. The Incredible Years figura entre los tratamientos basados en la evidencia que recoge el capítulo, junto a la PCIT, la terapia familiar funcional, la terapia multisistémica y el Triple P.

Trampa. El 10 % aparece en el manual, pero referido a la prevalencia en edad escolar; la opción 3 lo traslada a la comorbilidad con el TDAH.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 381-382 y 394.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 184, PIR 2024 · n.º 189

174 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis · Anulada

Anulada

Señale la CORRECTA sobre la enuresis nocturna en población infantil según el DSM-5:

1. Es un trastorno genéticamente homogéneo.
2. Continúa durante la edad adulta en un 7% de los casos.
3. La incontinencia diurna es más frecuente en niñas.
4. La enuresis diurna es infrecuente en mayores de 9 años.

La enuresis diurna es infrecuente después de los 9 años y más frecuente en las niñas

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. Las opciones 3 y 4 reproducen dos frases del DSM-5. En el apartado de desarrollo y curso, el manual dice que la **enuresis diurna es infrecuente después de los 9 años**, y en el de género, que la enuresis nocturna es más común entre los niños y la **incontinencia diurna es más frecuente entre las niñas**. Las dos son verdaderas, aunque el enunciado hable de la enuresis nocturna. Las otras opciones contradicen el manual, que describe la enuresis nocturna como un trastorno **genéticamente heterogéneo** y estima que continúa en la edad adulta en un **1 %** de los casos.

1. El DSM-5 la describe como un trastorno genéticamente heterogéneo, con heredabilidad demostrada en estudios de familias, de gemelos y de segregación.
2. Continúa en la edad adulta en un 1 % de los casos; la mayoría de los niños alcanza la continencia en la adolescencia.
3. Es una frase literal del apartado de género del DSM-5 (pág. 357).
4. Es una frase literal del apartado de desarrollo y curso (pág. 356) y fue la clave provisional.

SUBTIPOS DE ENURESIS EN EL DSM-5

Subtipo	Qué dice el manual
Sólo nocturna, también conocida como enuresis monosintomática	Es el tipo más común; la incontinencia se produce únicamente durante el sueño nocturno, especialmente durante el primer tercio de la noche. La enuresis nocturna es más común entre los niños
Sólo diurna: puede ser referido como una simple incontinencia urinaria	Se presenta en ausencia de enuresis nocturna. La enuresis diurna es infrecuente después de los 9 años. La incontinencia diurna es más frecuente entre las niñas
Nocturno y diurno: también se conoce como enuresis no monosintomática	Una combinación de los dos subtipos anteriores

Fuente: APA (2014), DSM-5, enuresis, págs. 355-357

Ojo. El enunciado pregunta por la enuresis nocturna, pero las dos opciones verdaderas hablan de la diurna. El DSM-5-TR mantiene ambas frases (págs. 400-401) y añade que la diferencia por sexo de la incontinencia diurna aumenta con la edad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Enuresis, págs. 355-357.

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 194, PIR 2018 · n.º 208, PIR 2014 · n.º 153

175 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

La terapia basada en la familia (FBT) es un tipo de tratamiento que integra técnicas de distintas escuelas sistémicas y que se emplea en casos de trastornos alimentarios. Este tratamiento:

1. Tiene evidencia empírica suficiente en el tratamiento de la anorexia nerviosa en población infantil y adolescente. ✓
2. Genera menos mejoría en pacientes con mayor gravedad al inicio del tratamiento.
3. Implica integrar el trastorno en la identidad del paciente para aumentar la conciencia de enfermedad.
4. No supone la participación de un equipo multidisciplinar.

La terapia basada en la familia es el tratamiento con más evidencia en la anorexia infantojuvenil

Fonseca presenta la **terapia basada en la familia** (FBT), desarrollada por el equipo de Ivan Eisler en el Maudsley Hospital, como el **tratamiento con mayor evidencia empírica** para la **anorexia nerviosa** en población infantil y adolescente. Se ha evaluado en seis ensayos clínicos aleatorizados, con una tasa de remisión promedio del 40 %; la respuesta al tratamiento sube al 75 % con un criterio más amplio. Los padres actúan como agentes de cambio, se **externaliza** el trastorno para que no culpen a su hija, y su aplicación requiere un **equipo multidisciplinar** con personal médico y especialista en nutrición.

1. Es la conclusión del manual, que la sitúa como el tratamiento con mayor evidencia empírica para la anorexia en la infancia y la adolescencia.
2. Según el manual, las mejorías más significativas se dan en las pacientes con mayor gravedad al inicio del tratamiento y en las que recuperan peso más temprano.
3. La FBT hace lo opuesto, porque separa el trastorno de la identidad de la paciente para que los padres no la culpen por su comportamiento.
4. Su aplicación requiere un equipo multidisciplinar, con personal médico y especialista en nutrición que siguen los signos vitales y asesoran a las familias en la realimentación.

TABLA 13.1. FASES DE LA TERAPIA BASADA EN LA FAMILIA

Fase	Descripción
1.ª Completo control de los padres	Durante las diez primeras sesiones, que se producen con una frecuencia semanal, se da apoyo a los padres para promover la recuperación ponderal de su hija, así como la normalización de los hábitos alimentarios
2.ª Retorno gradual del control al adolescente	Comienza cuando el peso de la persona está prácticamente normalizado. Durante las sesiones 11 a 16 se busca disminuir los niveles de supervisión parental y devolver a la paciente progresivamente las riendas de su alimentación, favoreciendo la toma de decisiones autónoma dentro de los parámetros de salud estipulados por el equipo. En esta fase se reduce gradualmente la frecuencia de las sesiones, pasando a ser quincenales
3.ª Establecer una independencia saludable	Una vez que se han normalizado el peso y el comportamiento alimentario, se inicia la tercera fase del tratamiento, que ocupa las sesiones de la 17 a la 20, y se orienta hacia la construcción de la identidad adolescente. Esta parte del proceso incluye ayudar a la familia a adaptarse a la crisis de ciclo vital que supone ajustarse a las crecientes demandas de independencia de la adolescente. En esta fase las sesiones son cada tres semanas o una vez al mes

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 13, tabla 13.1, pág. 380

Ojo. La FBT funciona bien con dos tercios de las familias que la aceptan, pero menos del 40 % logra la remisión completa, y no puede aplicarse cuando los padres no están disponibles o no aceptan este tipo de intervención (pág. 381).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.1, págs. 380-381.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 187

176 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 3

Según la Society for Clinical Child and Adolescent Psychology (División 53, Asociación Americana de Psicología) es un tratamiento bien establecido (nivel 1) para el tratamiento del TDAH en la infancia y adolescencia:

1. Neurofeedback.
2. Entrenamiento cognitivo.
3. Entrenamiento conductual para padres en preescolares. ✓
4. Terapia basada en el control de las emociones en adolescentes.

El entrenamiento conductual de padres es un tratamiento bien establecido para el TDAH

Vallejo y Rodríguez recogen la actualización de los tratamientos para el TDAH de la **división 53** de la APA, con los niveles de Southam-Gerow y Prinstein (2014), que diferenciaron un quinto nivel para los tratamientos no eficaces. Son **bien establecidos** el **entrenamiento conductual de padres**, el manejo del comportamiento en clase, las intervenciones conductuales mediadas por iguales y el entrenamiento en organización. El **neurofeedback** queda como posiblemente eficaz y el **entrenamiento cognitivo**, como experimental. Para los menores de 5 años, la NICE (2019) recomienda derivar a los padres a programas de entrenamiento y no usar fármacos.

1. La tabla 7 lo sitúa como tratamiento posiblemente eficaz.
2. El entrenamiento cognitivo aparece como tratamiento experimental.
3. El entrenamiento conductual de padres encabeza los tratamientos bien establecidos, y en los preescolares es la opción recomendada.
4. Ninguno de los tratamientos de la tabla es una terapia de control de las emociones para adolescentes.

TABLA 7. TRATAMIENTOS PARA EL TDAH SEGÚN SU EVIDENCIA CIENTÍFICA

Tratamiento bien establecido	Tratamiento probablemente eficaz	Tratamiento posiblemente eficaz	Tratamiento experimental	Tratamiento no funciona
Entrenamiento conductual de padres; manejo del comportamiento en clase; intervenciones conductuales mediadas por iguales; entrenamiento en organización	Intervenciones que combinan entrenamiento conductual	Neurofeedback	Entrenamiento cognitivo	Entrenamiento en habilidades sociales

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 14, tabla 7, pág. 648

Ojo. La tabla 7 no distingue edades y habla de entrenamiento conductual de padres en general. La referencia a los preescolares encaja con la recomendación de la NICE (2019) para los menores de 5 años que el manual recoge en la pág. 649, y con la de la Academia Americana de Pediatría que recoge Fonseca para los preescolares de 4-5 años, tratamiento conductual con pautas para padres (cap. 7, pág. 221).

Para fijarlo. En el TDAH lo bien establecido es conductual y va al contexto: padres, aula, iguales y organización.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 14, tabla 7, págs. 647-649. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, pág. 221.

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 170

177 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 1

Entre las intervenciones psicológicas utilizadas en niños con trastorno del espectro autista, ¿cuál es la que tiene mayor grado de recomendación (grado A), según los criterios utilizados en las Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud Español?:

1 Intervención naturalista conductual en desarrollo. ✓

2 Intervención conductual intensiva temprana.

3 Entrenamiento en habilidades sociales.

4 Intervención temprana basada en familias.

La intervención naturalista conductual en desarrollo alcanza el grado A en el TEA

La tabla 6.5 de Fonseca resume los niveles de evidencia y los grados de recomendación de las intervenciones psicológicas en el **trastorno del espectro autista**. Solo dos alcanzan el **grado A**, la **intervención naturalista conductual en desarrollo** y la intervención en **atención conjunta**, ambas con nivel 1+. La intervención conductual intensiva temprana, el entrenamiento en habilidades sociales y la intervención temprana basada en las familias tienen también nivel 1+, pero se quedan en el **grado B**.

1. Nivel 1+ y grado A (Tiede y Walton, 2019).
2. Nivel 1+ y grado B (Reichow et al., 2018).
3. Nivel 1+ y grado B (Reichow et al., 2013; Gates et al., 2018).
4. Nivel 1+ y grado B (Oono et al., 2013).

TABLA 6.5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudios
Intervención conductual intensiva temprana (EIBI)	1+	B	Reichow et al. (2018)
Intervención naturalista conductual en desarrollo	1+	A	Tiede y Walton (2019)
Entrenamiento en habilidades sociales	1+	B	Reichow et al. (2013); Gates et al. (2018)
Musicoterapia	1+	B	Geretsegger et al. (2014)
Intervención en atención conjunta	1+	A	Murza et al. (2016)
Intervención en actividad física	1+	B	Healy et al. (2018)
Instrumentos para la comunicación aumentativa y alternativa	2++	B para el programa TEACCH. N/A para el programa PECS	Ferreira de Lima et al. (2018)
Intervención temprana basada en las familias	1+	B	Oono et al. (2013)
Intervención temprana en lenguaje hablado	1+	B	Hampton y Kaiser (2016)
Intervención temprana en comunicación social	1+	B	Fuller y Kaiser (2020)
Intervención temprana con el modelo Denver	1+	B	Fuller et al. (2020)

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 6, tabla 6.5, pág. 203

Ojo. La tabla del manual no menciona las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud; la pregunta toma de ella los niveles y grados.

Para fijarlo. En el TEA hay dos A, la naturalista conductual en desarrollo y la atención conjunta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.5, pág. 203.

EN EL ATLAS: Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

---

178 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 3

En niños con trastorno del espectro autista, existe una intervención conductual que busca aumentar la iniciativa hacia el aprendizaje, incrementando dimensiones centrales como la motivación, conducta autodirigida, iniciación en la conducta social o diversificación de intereses. ¿Cómo se denomina dicha intervención?:

1. Entrenamiento en conductas generales de aprendizaje.
2. Entrenamiento en conductas concretas de aprendizaje.
3. Entrenamiento en conductas pivotales de aprendizaje. ✓
4. Entrenamiento en conductas básicas de aprendizaje lector.

El entrenamiento en conductas pivotales busca aumentar la iniciativa hacia el aprendizaje

Entre los **programas de intervención conductual** en el TEA, Fonseca incluye el ABA, la intervención sobre **conductas pivotales**, las intervenciones en contextos naturales y las mediadas por las familias. El **entrenamiento en conductas pivotales de aprendizaje** busca aumentar la **iniciativa hacia el aprendizaje**, aumentando la motivación, la conducta autodirigida, la iniciación de la conducta social y la diversificación de los intereses. Según el manual, todas esas habilidades constituyen la **base** sobre la que luego se sustentan nuevos aprendizajes.

1. El manual no describe ningún entrenamiento en «conductas generales de aprendizaje».
2. Tampoco recoge un entrenamiento en «conductas concretas»; las dimensiones del enunciado son las que definen las conductas pivotales.
3. Coincide con la definición del manual.
4. El manual no recoge un entrenamiento en conductas básicas de aprendizaje lector, y ninguna de las dimensiones del enunciado tiene que ver con la lectura.

Para fijarlo. Pivotal es lo que hace girar lo demás: si el niño quiere aprender y toma la iniciativa, aprende más cosas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, pág. 201.

EN EL ATLAS: Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 176

179

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 4

La intervención psicológica comprensiva conductual para los tics (CBIT) NO incluye:

1 El entrenamiento en inversión del hábito.

2 El entrenamiento en relajación.

3 La intervención contextualizada y funcional para ver situaciones asociadas a los tics.

4 La práctica negativa masiva para los tics. ✓

La CBIT no incluye la práctica negativa masiva

Fonseca define la **intervención conductual comprensiva para los tics** (CBIT) como un tratamiento manualizado que consiste en **entrenamiento en inversión del hábito**, **entrenamiento en relajación** e **intervención contextualizada y funcional** para ver las situaciones que empeoran o mantienen el tic. Es el tratamiento de elección en niños mayores de 9 años. La **práctica negativa masiva**, que permite repetir el síntoma sin restricciones hasta producir saciación y fatiga, aparece en la tabla 8.10 como una técnica independiente, con nivel de evidencia 2.

1. La inversión del hábito es el componente principal de la CBIT.
2. El entrenamiento en relajación forma parte de la CBIT y se usa también como componente coadyuvante.
3. La intervención contextualizada y funcional para ver las situaciones que empeoran o mantienen el tic es el tercer componente.
4. La práctica negativa masiva figura en el manual como técnica aparte, fuera de la CBIT.

Para fijarlo. La CBIT enseña a frenar el tic con una respuesta incompatible; la práctica negativa lo repite hasta el cansancio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.10, págs. 245-246.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 184

180 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 2

Señale la terapia con mayor nivel de evidencia y grado de recomendación para el manejo de las autolesiones en adolescentes:

1. Psicoterapia individual para adolescentes (IPT-A).
2. Terapia dialéctico conductual para adolescentes (DBT-A). ✓
3. Terapia cognitivo conductual integrada (I-CBT).
4. Terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A).

La DBT-A es la terapia con más evidencia para las autolesiones en adolescentes

Fonseca dedica un apartado a la **terapia dialéctico-conductual para adolescentes** (DBT-A), adaptada por Miller, Rathus y Linehan (2007) para la conducta suicida. Incluye terapia individual semanal, sesiones familiares y grupales, apoyo telefónico y supervisión del equipo. Los ensayos de Mehlum et al. y de McCauley et al. muestran que reduce más rápido las **autolesiones**, la ideación suicida y la depresión, y que mantiene menos autolesiones a largo plazo. Por eso la tabla 19.8 le da el **máximo nivel de evidencia y grado de recomendación (1++ A)**, mientras que la IPT-A, la I-CBT y la MBT-A se quedan en **1+ B**.

1. Nivel 1+ y grado B (Tang et al., 2009).
2. Nivel 1++ y grado A, el más alto de la tabla.
3. Nivel 1+ y grado B (Esposito-Smythers et al., 2011).
4. Nivel 1+ y grado B (Rossouw y Fonagy, 2012).

TABLA 19.8. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS CON APOYO EMPÍRICO PARA LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Tratamiento	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Estudios
Terapia dialéctico conductual para adolescentes (DBT-A)	1++	A	McCauely et al., 2018; Mehlum et al., 2014, 2016, 2019
Psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A)	1+	B	Tang et al., 2009
Terapia cognitivo-conductual integrada (I-CBT)	1+	B	Esposito-Smythers et al., 2011
Terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A)	1+	B	Rossouw y Fonagy, 2012
Programa para padres y adolescentes (RAP-A)	1+	B	Pineda y Dadds, 2013
Intervención familiar integrada (SAFETY)	1+	B	Arsanow et al., 2017
Psicoeducación (Youth-Nominated Support, YNS)	1+	B	King et al., 2019
Teens Options for Change (TOC)	1+	B	King et al., 2015
As Safe As Possible (ASSAP)	1+	B	Kennard et al., 2018
Intervención familiar para la prevención de suicidio (FISP)	1+	B	Arsanow et al., 2011

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 19, tabla 19.8, pág. 600

Ojo. La opción 1 traduce IPT-A como «psicoterapia individual para adolescentes»; en el manual es la psicoterapia interpersonal para adolescentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, págs. 588-589 y tabla 19.8, pág. 600.

EN EL ATLAS Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 145, PIR 2024 · n.º 182, PIR 2025 · n.º 191

181

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 4

El modelo terapéutico transdiagnóstico Group Behavioral Activation Therapy (GBAT), NO entrena alguna de las siguientes dimensiones:

1. Psicoeducación sobre la ansiedad y la depresión.
2. Evaluación funcional e identificación del papel de la evitación.
3. Solución de problemas y toma de decisiones.
4. Psicoeducación conductual sobre trastornos del comportamiento. ✓

La GBAT entrena psicoeducación, evaluación funcional, solución de problemas y exposición

La **Group Behavioral Activation Therapy** (GBAT), de Chu y colaboradores (2009), trata en grupo y desde el contexto escolar a jóvenes con **ansiedad y depresión**. Adapta los modelos de **activación conductual** para adultos y les añade tareas de **exposición** dentro de las sesiones. Son 10 sesiones semanales de una hora. En las cinco primeras se entrenan cuatro principios nucleares, que son la psicoeducación sobre ansiedad y depresión, la **evaluación funcional** con el papel de la evitación, la solución de problemas y la toma de decisiones, y la exposición gradual con activación conductual. Ninguno de esos principios es una psicoeducación sobre trastornos del comportamiento.

1. Es el primero de los cuatro principios nucleares.
2. Es el segundo principio, que toma del modelo de Jacobson, Martell y Dimidjian el énfasis en la evitación como problema central.
3. Es el tercer principio.
4. La GBAT se dirige a la ansiedad y la depresión, y su psicoeducación trata de esos problemas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 3, pág. 122.

EN EL ATLAS Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

182

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia

Respuesta correcta: 2

El duelo complicado durante la infancia y la adolescencia:

1. No se puede diagnosticar antes de los 5 años ya que a esa edad todavía no tienen una idea clara de lo que es la muerte.
2. Un factor protector es que el cuidador principal realice su propio proceso de duelo de forma adecuada. ✓
3. El tratamiento para los duelos traumáticos tiene como principal componente la exposición en vivo.
4. En la adolescencia las conductas regresivas son uno de los síntomas principales del duelo complicado.

Que los adultos cercanos hagan su propio duelo protege al niño del duelo complicado

Fonseca recoge **factores protectores del duelo complicado** en niños y adolescentes de tipo contextual, familiar y personal. Entre ellos están una pérdida por causas naturales, un buen **vínculo de apego** con los cuidadores o el progenitor superviviente y que **los adultos que rodean al niño realicen su duelo** y no tengan problemas mentales, a la vez que refuerzan su afrontamiento y empatizan con él. También protegen los recuerdos positivos del fallecido, un afrontamiento con menos evitación, encontrar sentido a la muerte, la creencia en un mundo justo y una buena red de apoyo instrumental.

1. La tabla 23.3 describe manifestaciones del duelo complicado ya entre los 0 y los 5 años, como la persistencia de comportamientos regresivos más de 6 meses o el insomnio y las pesadillas.
2. Coincide con uno de los factores protectores que recoge el manual.
3. La terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma para el duelo integra psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnicas narrativas e imaginación emotiva, y ayuda al niño a desarrollar una narración del trauma. La exposición en vivo aparece en otra intervención con menos evidencia, la Grief Help.
4. La tabla 23.3 sitúa los comportamientos regresivos entre los 0 y los 8 años. En la adolescencia destacan la ideación suicida, el consumo de sustancias y las emociones extremas.

Ojo. El texto general de la pág. 737 recoge que niños y adolescentes en duelo complicado pueden mostrar comportamientos regresivos. La opción 4 falla porque la tabla 23.3 no los sitúa entre las manifestaciones propias de la adolescencia ni los presenta como uno de sus síntomas principales.

Para fijarlo. Un niño elabora mejor la pérdida si ve a sus adultos llorarla y seguir adelante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, tablas 23.3 y 23.4, págs. 736-741.

EN EL ATLAS: Tema C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 191

183

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento del mutismo selectivo, debemos tener en cuenta que:

1. Existen tratamientos bien establecidos para este diagnóstico.
2. La terapia sistémica es la primera elección.
3. Los estudios de caso único son los más predominantes en la literatura científica en cuanto al tratamiento de este trastorno. ✓
4. La Integrated Behaviour Therapy for Selective Mutism (IBTSM; Bergman et al., 2013) es una terapia que se basa en una orientación psicodinámica y que es específica para este trastorno.

En el mutismo selectivo predominan los estudios de caso único

Fonseca señala que, frente al número de ensayos controlados en los trastornos de ansiedad infantiles, la literatura sobre el **mutismo selectivo** es escasa en cantidad y en calidad, con **predominio de los estudios de caso único**, porque se ha considerado tradicionalmente difícil de tratar. Ningún programa cumple los criterios de **tratamiento bien establecido**. Las técnicas cognitivo-conductuales tienen un **nivel de evidencia 2-** y un **grado de recomendación D**, y la evidencia disponible solo permite considerar los tratamientos como posiblemente eficaces.

1. Siguiendo a Southam-Gerow y Prinstein (2014), ninguno de los programas para el mutismo selectivo cumple los criterios de tratamiento bien establecido.
2. Las revisiones apoyan el uso de técnicas cognitivo-conductuales o conductuales, a menudo combinadas con abordajes de sistemas como la consulta o la psicoeducación. Ninguna sitúa la terapia sistémica como primera elección.
3. Es lo que señala el manual sobre la literatura del mutismo selectivo.
4. La IBTSM de Bergman et al. (2013) es una terapia de comportamiento manualizada, con una jerarquía de exposiciones, la «escalera del habla», y un sistema de recompensas. La tabla 15.4 la clasifica como conductual y de sistemas familiares.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 460, 463, 480 y 482 (tabla 15.8).

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 183

184

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 2

El trastorno de estrés postraumático durante la infancia y la adolescencia:

1. Presenta una prevalencia mucho más baja que durante la edad adulta.
2. Las pesadillas que se presentan durante la infancia pueden tener un contenido inespecífico, no relacionado con el hecho traumático. ✓
3. No hay diferencias de sintomatología en cuanto al género, éstas aparecen durante la adolescencia y la vida adulta.
4. En el DSM-5 se incluyen diferencias para el diagnóstico en menores de 10 años.

En los niños las pesadillas del TEPT pueden no tener un contenido reconocible

En el TEPT de los niños, la nota del **criterio B2** admite **sueños aterradores sin contenido reconocible**, y en los menores de 6 años puede resultar imposible saber si el contenido aterrador está relacionado con el trauma. El DSM-5 lo repite al describir el curso: los niños pequeños pueden comunicar **nuevos sueños aterradores** sin un contenido específico del suceso. Belloch, por su parte, recoge prevalencias del 1,6-9,2 % en adolescentes y del 1-10 % en niños, frente al 0,5-3,5 % de los adultos según el DSM-5, y describe diferencias de **sexo** en la expresión del trauma ya en la infancia.

1. Belloch da cifras infantiles y adolescentes similares o superiores a las adultas. El DSM-5 menciona una prevalencia menor en los niños tras un trauma grave, pero la atribuye en parte a criterios poco ajustados al desarrollo.
2. Es la nota del criterio B2 y lo que el manual describe en el curso.
3. Belloch describe diferencias por sexo ya en los niños: en ellas predominan los síntomas ansiosos y depresivos, y en ellos los trastornos de conducta, las conductas temerarias y la irritabilidad.
4. Los criterios diferenciados del DSM-5 son para los menores de 6 años.

Ojo. La opción 1 tiene un apoyo parcial en el DSM-5 y el DSM-5-TR, que dicen que niños y adolescentes generalmente muestran una prevalencia menor tras un trauma grave (DSM-5, pág. 276; TR, pág. 308). La clave no depende de ello, porque la 2 coincide con la nota del criterio B2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 116-117. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 271-273 y 276-277.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 196, PIR 2024 · n.º 197

185 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

Una niña de 10 años acude a su centro de salud mental porque, desde hace 6 meses, presenta recuerdos intrusivos, pesadillas, hipervigilancia y evitación de recuerdos asociados a un reciente accidente de tráfico que ha sufrido. Para el tratamiento deberíamos tener en cuenta que:

1. No existen tratamientos con suficiente grado de recomendación para este diagnóstico en la infancia y adolescencia.
2. En la primera fase de tratamiento deberíamos aplicar exposición en imaginación al acontecimiento traumático.
3. La práctica de técnicas de relajación es una de las últimas fases del tratamiento.
4. La primera fase del tratamiento incluye psicoeducación sobre los síntomas que sufre. ✓

La TCC centrada en el trauma empieza por la psicoeducación, dentro de la fase de estabilización

Recuerdos intrusivos, pesadillas, hipervigilancia y evitación tras un accidente apuntan a un **TEPT**. Para él, Fonseca considera bien establecidas la **TCC centrada en el trauma** (TCT) y la TCC. En el programa de Scheeringa et al. (2011) para niños pequeños, la primera sesión es de **psicoeducación** sobre el TEPT, la tercera de relajación y la **exposición en imaginación** llega en las sesiones 6 a 10. Vallejo y Rodríguez describen la TCC-CT de Cohen en tres fases, una de **estabilización** con psicoeducación, relajación, regulación afectiva y reestructuración cognitiva, otra de narración del trauma y una última de integración y consolidación de los cambios.

1. Fonseca recuerda que la TCT ha mostrado su eficacia en niños y adolescentes con TEPT y la sitúa, con la TCC, entre los tratamientos bien establecidos.
2. La exposición al recuerdo traumático corresponde a la segunda fase, la de narración del trauma. En el programa de Scheeringa ocupa las sesiones 6 a 10.
3. La relajación forma parte de la primera fase, la de estabilización.
4. La psicoeducación abre el tratamiento tanto en la TCC-CT de Cohen como en el programa de Scheeringa.

TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LA TCC-CT DE COHEN Y SUS COMPONENTES

Fases	Acrónimo	Técnicas	Objetivos
Estabilización	P	Psicoeducación y habilidades parentales	Proporcionar a los niños, adolescentes y padres información sobre el trauma. Adquirir habilidades parentales de crianza positivos para el manejo de conductas negativas de los menores y favorecer la recuperación
Estabilización	R	Relajación	Proporcionar estrategias para el control de la hiperactivación: respiración, relajación muscular progresiva
Estabilización	A	Regulación afectiva	Identificación y gestión de emociones desagradables
Estabilización	C	Reestructuración cognitiva	Identificación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Detección de pensamientos automáticos negativos y modificación (en los menores no vinculados con el trauma)
Narración del trauma	T	Exposición al recuerdo traumático	Exposición gradual al evento traumático y reprocesamiento del trauma
Integración y consolidación de cambios	I	Exposición in vivo	Exposición a estímulos evitados y vinculados al trauma
Integración y consolidación de cambios	C	Sesiones conjuntas padres-hijos	Mejora de la comunicación y relación paterno-filial. Hablar conjuntamente sobre el trauma
Integración y consolidación de cambios	A	Aumento de la seguridad y el desarrollo futuro	Entrenamiento en habilidades para favorecer la seguridad y prevención de recaídas
Estrategias transversales		Habilidades parentales y exposición gradual	

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 8, tabla 6, pág. 367

Para fijarlo. Antes de contar el trauma hay que poder sostenerlo: primero se estabiliza y después se narra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, tabla 18.1, págs. 555-556 y 566. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, tabla 6, págs. 366-367.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

186

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 4

En relación con la violencia sexual sufrida durante la infancia y la adolescencia:

1. Se estima que entre un 40-50% de los menores ha sufrido algún tipo de abuso sexual.
2. Como profesionales de la salud mental necesitamos primero el consentimiento de los progenitores para notificar una revelación de violencia sexual infantil por parte de un menor.
3. Está asociada, en todos los casos, a psicopatología durante la edad adulta.
4. Como profesionales de la salud mental estamos siempre obligados a notificar una revelación de violencia sexual infantil por parte de un menor. ✓

Ante una revelación de violencia sexual infantil hay que comunicarlo siempre a las instituciones

Vallejo y Rodríguez subrayan que, **ante la sospecha de maltrato infantil**, este **debe comunicarse a las instituciones públicas** (servicios sociales y sanitarios), que se encargarán de las medidas para su gestión y confirmación con una coordinación interprofesional que proteja al menor. La **LOPIVI** convierte esa obligación en un **deber de comunicación cualificado** para el personal cualificado de los centros sanitarios, que si advierte indicios de una posible situación de violencia sobre un menor debe comunicarlo de forma inmediata a los servicios sociales, y también a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o al Ministerio Fiscal si su salud o su seguridad están amenazadas.

1. Los metaanálisis estiman que el abuso sexual afecta a alrededor del 8 % de los varones y del 18-20 % de las mujeres antes de la mayoría de edad; en España, López et al. (1995) hallaron un 19 %.
2. Ni el manual ni la LOPIVI condicionan la comunicación al consentimiento de los progenitores; la ley pide hacerla de forma inmediata.
3. No todas las consecuencias tienen la misma probabilidad de aparición, y factores protectores como una alta autoestima, una alta autosuficiencia o atribuir los éxitos al propio esfuerzo se asocian con la resistencia a desarrollar psicopatología.
4. Coincide con el manual y con el deber de comunicación cualificado que la LOPIVI impone al personal sanitario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 8, págs. 345, 352-353 y 358. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI). BOE núm. 134. Arts. 15-16.

EN EL ATLAS

Tema B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 198

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C28 · Tratamientos de los trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 2

La técnica de tratamiento del lenguaje infantil que consiste en responder a las verbalizaciones del niño ampliándolas de algún modo para proporcionar un nuevo modelo de enunciado, se denomina:

1 Pensamiento en voz alta.

2 Recast o reformulación conversacional. ✓

3 Habla paralela.

4 Estimulación focalizada.

El recast responde a lo que dice el niño ampliándolo en un modelo mejor

Fonseca organiza los modelos de intervención en el lenguaje según el control que ejerce el adulto. En los **enfoques centrados en el niño**, el terapeuta sigue al niño en una actividad compartida y usa los recursos de la conversación ordinaria. El **recast o reformulación conversacional** consiste en **responder a las verbalizaciones del niño ampliándolas** para darle un nuevo modelo de enunciado. Si el niño dice «un perro», el adulto puede contestar «sí, es un perro», un modelo más desarrollado gramaticalmente, o «un perro blanco», que lo amplía en lo semántico. Un metaanálisis lo muestra eficaz para los contenidos gramaticales.

1 En el pensamiento en voz alta el terapeuta pone palabras a sus propias acciones.

2 Es la definición del recast que da el manual.

3 En el habla paralela el terapeuta presenta modelos verbales mientras comenta la actuación del niño, sin partir de una verbalización suya.

4 La estimulación focalizada es un modelo híbrido que anima al niño a usar una forma lingüística concreta en un contexto que la facilita, como el verbo «estar» en un juego con muñecas.

Para fijarlo. El habla paralela narra lo que hace el niño, el pensamiento en voz alta narra lo que hace el terapeuta y el recast mejora lo que dice el niño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 5, tabla 5.3, págs. 172-173.

EN EL ATLAS

Tema C28 · Tratamientos de los trastornos del lenguaje. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

188

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes conductas se corresponde con una manifestación temprana de alerta para detectar el trastorno del espectro del autismo entre los 12 y los 18 meses de edad?:

1 Dificultad para comprender las normas sociales.

2 Inversión pronominal.

3 Falta de atención conjunta. ✓

4 Dificultad para comprender dobles sentidos.

Entre los 12 y los 18 meses, la falta de atención conjunta es una señal de alerta del TEA

Fonseca recoge en la tabla 6.3 las **manifestaciones tempranas de alerta** para detectar el TEA **entre los 12 y los 18 meses**. En la comunicación social figuran la reducción o las anomalías en el **uso de la mirada y de la atención conjunta**, en las conductas dirigidas a compartir emociones, en las sonrisas sociales, en el interés social y en las respuestas de orientación al nombre. La tabla añade señales en el lenguaje, como el retraso o las anomalías en el balbuceo y en el lenguaje expresivo y receptivo, en el **juego**, como menos imitación de acciones y menos juego funcional y simbólico, y en las capacidades visuales, motoras y sensoriales. Ninguna de las otras tres conductas aparece en la tabla.

1 Comprender las normas sociales no figura entre las señales de alerta de la tabla 6.3.

2 La inversión pronominal es una alteración del lenguaje expresivo y tampoco figura entre las señales de la tabla.

3 Es la primera de las señales de comunicación social de la tabla 6.3.

4 Entender los dobles sentidos tampoco figura entre las señales tempranas de la tabla.

Ojo. Belloch, Base del tema, coincide: en los menores de tres años las conductas más significativas son las comunicativas y sociales, y es frecuente la ausencia o escasez de actos de atención conjunta y de referencia social (vol. II, cap. 15, pág. 468).

Para fijarlo. Antes de las palabras está la mirada compartida; si falta, salta la alarma.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.3, págs. 196-197. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 468.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 32

189

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes intervenciones para los trastornos del espectro del autismo se considera como un tratamiento eficaz, con al menos un nivel de evidencia 1+?:

1. Programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic Related Communication Handicapped Children).
2. Programa PECS (Picture Exchange Communication System).
3. Modelo DIR (Developmental, Individual Difference, Relationship).
4. Modelo Denver (Early Start Denver Model). ✓

El modelo Denver tiene nivel de evidencia 1+ en el TEA

En la tabla 6.5 de Fonseca, la **intervención temprana con el modelo Denver** tiene **nivel de evidencia 1+** y grado de recomendación B (Fuller et al., 2020). Los **instrumentos para la comunicación aumentativa y alternativa** se quedan en nivel 2++, con grado B para el programa **TEACCH** y no aplicable para el **PECS**. El **modelo DIR** no figura en la tabla; Vallejo y Rodríguez lo describen como una intervención centrada en el desarrollo cuyo componente principal, el DIR Floortime, aplican los padres y cuidadores una vez entrenados.

1. La tabla incluye el TEACCH entre los instrumentos de comunicación aumentativa y alternativa, con nivel 2++ y grado B.
2. El PECS está en el mismo grupo, con nivel 2++, y la tabla marca su grado como no aplicable.
3. El modelo DIR no aparece en la tabla de niveles de evidencia.
4. La intervención temprana con el modelo Denver tiene nivel 1+ y grado B.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, tabla 6.5, pág. 203. 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. 691-692.

EN EL ATLAS: Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 200

190

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

Según las recomendaciones de la Guía NICE (2019) para el abordaje de la depresión en niños y adolescentes:

1. En los casos de menores entre 12-18 años con un trastorno depresivo moderado-grave, se recomienda ofrecer Terapia Cognitivo-Conductual individual durante al menos 3 meses. ✓
2. En los casos de menores de 5 años con un trastorno depresivo moderado-grave, la elección del tratamiento se recomienda que se lleve a cabo según el criterio del facultativo, sin tener en cuenta las preferencias del menor y los cuidadores.
3. En los casos de menores con depresión leve, si precisan tratamiento farmacológico, se recomienda la fluoxetina.
4. En el caso de menores de 5-11 años con un trastorno depresivo moderado-grave, no se recomienda la psicoterapia de orientación psicodinámica, dado que aún no se ha desarrollado la suficiente capacidad de introspección que permita obtener resultados positivos.

La NICE recomienda TCC individual durante al menos 3 meses en la depresión moderada-grave de 12 a 18 años

La tabla 16.4 de Fonseca resume las recomendaciones de la **NICE (2019)** para la **depresión moderada-grave** entre los 5 y los 18 años. La elección del tratamiento se discute con el menor y su familia y tiene en cuenta, entre otras cosas, las **preferencias y valores** del menor y de sus cuidadores. Entre los **5 y los 11 años** se recomienda considerar la IPT familiar, la terapia familiar, la **psicoterapia de orientación psicodinámica** y la TCC individual. Entre los 12 y los 18 años se recomienda ofrecer **TCC individual durante al menos 3 meses**.

1. Coincide con la recomendación de la NICE para los adolescentes de 12 a 18 años.
2. Las recomendaciones que recoge el manual abarcan de los 5 a los 18 años y piden tener en cuenta las preferencias y valores del menor y de sus cuidadores al elegir el tratamiento.
3. En la depresión leve la NICE propone terapias psicológicas por un período limitado. La fluoxetina se reserva para la depresión moderada a grave que no responde a una terapia psicológica tras 4 a 6 sesiones, y en los niños de 5 a 11 años con cautela.
4. La psicoterapia de orientación psicodinámica es una de las opciones que la NICE recomienda considerar entre los 5 y los 11 años.

TABLA 16.4. RECOMENDACIONES NICE (2019) PARA EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN MODERADA-GRAVE EN NIÑOS Y JÓVENES ENTRE 5-18 AÑOS

Apartado	Recomendación
Evaluación	Los menores de edad que presenten signos y síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno depresivo entre moderado y grave se recomienda que sean evaluados por una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) multidisciplinar
Elección del tratamiento	Es necesario discutir la elección del tratamiento con el menor y sus familiares o cuidadores. Se recomienda que se lleve a cabo a través de una evaluación completa de las necesidades de cada caso; la historia clínica, personal y social del menor; la madurez y nivel de desarrollo del menor; el contexto en el que debe proporcionarse el tratamiento; el patrón de posibles comorbilidades, y las preferencias y valores del menor y de sus cuidadores
5-11 años	Considerar, adaptadas al nivel de desarrollo del menor: IPT familiar; terapia familiar (tratamiento centrado en la familia para la depresión infantil y sistemas de terapia familiar integrativa); psicoterapia de orientación psicodinámica; TCC individual
12-18 años	Ofrecer TCC individual durante al menos 3 meses
12-18 años, si la TCC individual no fuera suficiente o no se valorase adecuada	Considerar IPT-A; terapia familiar (focalizada en el apego o de orientación sistémica); intervención psicosocial breve; psicoterapia de orientación psicodinámica

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 16, tabla 16.4, pág. 514

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, tabla 16.4, pág. 514. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, págs. 313-314.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 190, PIR 2025 · n.º 178

191

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

En el trastorno bipolar en niños y adolescentes, un episodio de hipomanía tiene una duración de:

1. 3 días.
2. 4 días. ✓
3. 5 días.
4. Al menos una semana.

Un episodio hipomaníaco dura como mínimo cuatro días, también en niños y adolescentes

El DSM-5 no tiene criterios de **episodio hipomaníaco** distintos para la infancia. El criterio A exige un período bien definido de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que **dura como mínimo 4 días consecutivos** y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. La duración de **al menos una semana** corresponde al **episodio maníaco**. El texto del trastorno bipolar I recuerda que en los niños cada comportamiento debe valorarse frente a su **propia situación basal**.

1. Tres días no alcanzan el mínimo; el manual menciona las hipomanías de 2-3 días entre los ejemplos de otro trastorno bipolar especificado.
2. Es el criterio A del episodio hipomaníaco.
3. El criterio fija un mínimo de 4 días consecutivos; cinco días lo cumplirían, pero no es la duración que establece el manual.
4. Al menos una semana es la duración mínima del episodio maníaco.

EPISODIO MANÍACO FRENTE A EPISODIO HIPOMANÍACO

Rasgo	Episodio maníaco	Episodio hipomaníaco
Duración (criterio A)	Dura como mínimo una semana	Dura como mínimo 4 días consecutivos
Hospitalización	O cualquier duración si se necesita hospitalización	No es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización
Características psicóticas	Porque existen características psicóticas	Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco

Fuente: APA (2023), DSM-5-TR, criterios de los episodios maníaco e hipomaníaco, págs. 140-141

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar I, criterios, pág. 124; desarrollo y curso, pág. 130; otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, pág. 148.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 128, PIR 2025 · n.º 133

192

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva | Revisar

Respuesta correcta: 3

Según el modelo de actitudes unitario de Thurstone (1931), ¿cómo se entienden las actitudes?:

1. Como la actitud implícita o explícita hacia un objeto psicológico.
2. Como la actitud deliberada o automática hacia un objeto psicológico.
3. Como el grado de afecto positivo o negativo hacia un objeto psicológico. ✓
4. Como la actitud objetiva o subjetiva hacia un objeto psicológico.

Thurstone entendía la actitud como un afecto a favor o en contra de un objeto

La opción 3 recoge la definición unidimensional que se atribuye a **Thurstone (1931)**, que reducía la actitud a un **único componente**, el **afecto positivo o negativo** hacia un objeto psicológico. En el corpus, Gaviria parte de una idea afín. Todas las definiciones de actitud coinciden en su **carácter de valoración**, y la que adopta el Handbook de 1998 la presenta como una tendencia psicológica que se expresa evaluando un ente con cierto grado de **favorabilidad o desfavorabilidad**. Hogg y Vaughan exponen también el **modelo de tres componentes**, con sentimientos, intenciones conductuales y pensamientos.

1. Gaviria trata lo implícito y lo explícito al hablar de la medida de las actitudes, no al definirlas.
2. Gaviria presenta lo deliberado y lo automático como dos formas de procesamiento entre las que operan las actitudes, igual que el pensamiento o la memoria; no forman parte de la definición.
3. Recoge la idea de un único componente afectivo y evaluativo.
4. La distinción entre actitud objetiva y subjetiva no aparece en las definiciones de actitud de los manuales del corpus.

Ojo. La definición de Thurstone (1931) no se ha podido comprobar en el corpus, porque las págs. 147-149 de Hogg y Vaughan, donde se expone la estructura de las actitudes, faltan en la copia del Atlas. Lo comprobado es la definición evaluativa de Gaviria (pág. 149) y el modelo de tres componentes de Hogg y Vaughan (pág. 150).

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. 1, pág. 6; cap. 6, págs. 149-152. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 5, pág. 150.

EN EL ATLAS

Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Gaviria (Base) y Hogg y Vaughan (Consulta).

193

PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 1

¿Cómo explicaría la teoría de la identidad social que un individuo pueda seguir órdenes del líder sin cuestionar su validez?:

1. Porque se trata de un individuo despersonalizado o con una identidad personal baja. ✓
2. Porque la prominencia de la identidad social es baja.
3. Porque su autoconcepto personal difiere considerablemente del miembro prototipo del grupo.
4. Porque tiene una autoconciencia pública baja.

Desde la identidad social, el seguidor despersonalizado concede más legitimidad al líder

Molero explica el liderazgo desde la **teoría de la identidad social**. Sin una identidad social compartida no son posibles ni el liderazgo ni el seguimiento, y cuanto más se identifican las personas con su grupo, más pesa en ellas la **prototipicalidad** del líder. Hogg y Martin (2003) añaden que, en grupos con miembros fuertemente identificados, las **relaciones despersonalizadas**, en las que todos los miembros son tratados de la misma forma, mejoran la identidad social y promueven **confianza y legitimidad** hacia la conducta igualitaria del líder. Gaviria recuerda que, cuando la categorización social es saliente, la percepción de uno mismo se **despersonaliza** y la persona pasa a verse como miembro de su grupo.

1. La despersonalización, con la identidad personal en segundo plano, es la que según la teoría favorece la confianza y la legitimidad atribuidas al líder.
2. La influencia del líder crece cuanto más se identifican los miembros con su grupo, así que una identidad social poco prominente la reduciría.
3. La teoría pone el peso en la identificación con el grupo y en la prototipicalidad; un autoconcepto alejado del prototipo apunta en sentido contrario al seguimiento incondicional.
4. La autoconciencia pública no forma parte de la explicación del liderazgo desde la teoría de la identidad social que recoge el manual.

Ojo. El manual no habla de seguir órdenes «sin cuestionar su validez». La clave se apoya en la confianza y la legitimidad que, según Hogg y Martin (2003), generan las relaciones despersonalizadas en grupos muy identificados (pág. 165). En Molero, «despersonalizadas» se refiere al trato igual del líder a todos los miembros; la despersonalización del propio seguidor, que es lo que dice la opción 1, la explica Gaviria (cap. 5, pág. 130).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 5, págs. 164-165.
Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 130.

EN EL ATLAS

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

194

PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 3

¿A qué hace referencia la influencia social normativa?:

1. A la tendencia a aceptar la información de los demás como prueba acerca de la realidad.
2. A la tendencia a ser diferenciado de otros en algunos aspectos.
3. A la tendencia a avenirse a cumplir con las expectativas de los demás para obtener aprobación social. ✓
4. A la tendencia a avenirse a las normas de un grupo que lo define a uno como miembro.

La influencia normativa nace del deseo de aprobación y de evitar el rechazo

Gaviria explica la influencia de la mayoría con dos tipos de dependencia. La **dependencia normativa** aparece cuando la persona quiere mantener una relación positiva con los demás miembros del grupo y **recibir su aprobación o evitar su rechazo**. La influencia es entonces pública y no exige un cambio real de opinión; el ejemplo por excelencia es el paradigma de **Asch**. La **dependencia informativa** se da cuando la persona quiere responder de forma adaptada a la realidad y, al no poder evaluarla por sí misma, depende de la información que le aportan los demás, como en el efecto de normalización de **Sherif**.

1. Describe la influencia informativa, en la que la persona toma la información de los demás como referencia sobre la realidad.
2. La tendencia a diferenciarse de los demás no forma parte de la dependencia normativa ni de la informativa que describe el manual.
3. Recoge el núcleo de la influencia normativa, que es ajustarse a lo que esperan los demás para obtener su aprobación.
4. Ajustarse a la norma de un grupo porque lo define a uno como miembro corresponde a lo que Hogg y Vaughan llaman influencia informativa referente, en la que se conforma con una norma grupal y los demás actúan como fuente de información sobre ella.

Para fijarlo. Normativa es querer gustar; informativa, querer acertar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 364. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 7, pág. 255.

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

195

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 1

¿Qué es la complacencia inducida?:

1. Un tipo de disonancia cognitiva. ✓
2. Un tipo de desindividuación.
3. Un tipo de reciprocidad.
4. Un tipo de dilema social.

La complacencia inducida es uno de los paradigmas de la disonancia cognitiva

Gaviria agrupa la investigación sobre **disonancia cognitiva** en cuatro paradigmas según la situación que la provoca, que son la libre elección, la **complacencia inducida**, la desconfirmación de creencias y la justificación del esfuerzo. La complacencia inducida aparece **después de actuar en contra de las propias creencias y actitudes**. Su experimento emblemático es el de **Festinger y Carlsmith (1959)**, en el que los participantes que no pudieron justificar lo que habían hecho fueron los que cambiaron su actitud para hacerla consonante con su conducta.

1. Es uno de los paradigmas con los que se ha investigado la disonancia cognitiva.
2. La desindividuación es el proceso que el manual asocia a los disturbios colectivos, con un cambio del foco de atención de las normas personales a las normas del grupo.
3. La reciprocidad es uno de los principios psicológicos en que se basan las tácticas de influencia, como el portazo en la cara.
4. Los dilemas sociales son situaciones en las que los intereses individuales y grupales entran en conflicto.

Para fijarlo. Si te pagan poco por mentir, acabas creyéndote la mentira: sin excusa externa, cambia la actitud.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 166-168.

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

196

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina al heurístico según el cual cuanto más fácil un estímulo recupera un evento de la memoria, más se tiende a pensar que hay muchos eventos como ese relacionados con aquel estímulo?:

1 Heurístico de representatividad.

2 Heurístico de ajuste.

3 Heurístico de disponibilidad. ✓

4 Heurístico de anclaje.

El heurístico de disponibilidad juzga la frecuencia por la facilidad con que vienen ejemplos a la mente

Gaviria define los **heurísticos** como atajos mentales que simplifican problemas cognitivos complejos (Tversky y Kahneman, 1974). El **heurístico de accesibilidad o disponibilidad** sirve para estimar la probabilidad de un suceso, la frecuencia de una categoría o la asociación entre dos fenómenos, y la estimación se basa en la **facilidad o rapidez** con que vienen a la mente ejemplos de ese suceso. Si se nos ocurren muchos casos, concluimos que es muy frecuente o muy probable. El de **representatividad** juzga la pertenencia a una categoría por la semejanza, y el de **anclaje y ajuste** parte de un punto de referencia que después se corrige.

1. El heurístico de representatividad estima la probabilidad de que un estímulo pertenezca a una categoría por su semejanza con los miembros típicos de esa categoría.
2. El ajuste es la segunda parte del heurístico de anclaje y ajuste, que parte de un «ancla» y después la corrige, a menudo de forma insuficiente.
3. Es el heurístico que basa la estimación en la facilidad con que se recuperan ejemplos.
4. El anclaje es la primera parte del mismo heurístico de anclaje y ajuste, que se usa para reducir la ambigüedad en situaciones de incertidumbre.

Trampa. Las opciones 2 y 4 son las dos mitades de un mismo heurístico, el de anclaje y ajuste, así que ninguna de las dos puede ser la única correcta.

Para fijarlo. Si me vienen muchos casos a la cabeza, creo que hay muchos: eso es la disponibilidad.

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. 3, págs. 62-64.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 4

197 PSICOLOGÍA SOCIAL

M2 · El yo social y la cultura

Respuesta correcta: 1

¿Qué dimensiones identificó Hofstede (1980) en su primer modelo de clasificación de culturas?:

1 Distancia de poder, evitación de incertidumbre, masculinidad-feminidad, individualismo-colectivismo. ✓

2 Apertura al cambio versus conservadurismo y superación personal versus autotrascendencia.

3 Cooperación, competencia e identidad social.

4 Ideología grupal (comparativa versus no comparativa) y orientación de valores (colectivista versus individualista).

Hofstede describió al principio cuatro dimensiones culturales y después añadió una quinta

Gaviria presenta a **Geert Hofstede (1980)** como pionero en la identificación de **dimensiones culturales** que permiten medir y comparar culturas. En un principio distinguió cuatro: el **individualismo-colectivismo**, la **distancia jerárquica**, la **masculinidad-feminidad** y la **evitación de la incertidumbre**. Más tarde añadió una quinta, la orientación temporal a corto o a largo plazo. De todas ellas, la que más repercusión ha tenido entre los psicólogos sociales es el individualismo-colectivismo.

1 Son las cuatro dimensiones iniciales; la distancia de poder es la que el manual llama distancia jerárquica.

2 Apertura al cambio frente a conservadurismo y superación personal frente a autotrascendencia no figuran entre las dimensiones de Hofstede.

3 Cooperación, competencia e identidad social no son dimensiones culturales del modelo de Hofstede.

4 El modelo de Hofstede no incluye una dimensión de ideología grupal comparativa o no comparativa.

Para fijarlo. Hofstede empezó con cuatro preguntas que toda sociedad responde: qué es el grupo para mí, cómo se reparte el poder, cómo se reparten los roles entre mujeres y hombres y cuánto tolero lo incierto. El tiempo llegó después.

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. 2, págs. 36-37.

EN EL ATLAS: Tema M2 · El yo social y la cultura. Se estudia con Gaviria (Base).

198 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 2

¿Qué tres dimensiones causales principales propone la teoría de la atribución causal de Weiner?:

1 Distintividad, consensualidad y consistencia.

2 Locus, estabilidad y controlabilidad. ✓

3 Disposicionales, situacionales y culturales.

4 Personales/ambientales, globales/específicas y duraderas/temporales.

Weiner clasifica las causas de éxitos y fracasos por su locus, su estabilidad y su controlabilidad

La **teoría atributiva de Weiner** se centra en las autoatribuciones sobre los éxitos y los fracasos y en sus consecuencias para la conducta futura. Gaviria recoge sus tres dimensiones. El **locus de causalidad** distingue si el resultado se debe a la persona o a la situación, y se relaciona con emociones de autoestima como el orgullo o la vergüenza. La **estabilidad** indica si la causa es duradera o temporal y afecta sobre todo a las expectativas. La **controlabilidad** indica si el resultado está bajo el control del actor o de otra persona y se liga a emociones de responsabilidad, como la culpa, la ira o el agradecimiento.

1 Consenso, distintividad y consistencia son los tres tipos de información del modelo de covariación de Kelley.

2 Son las tres dimensiones del modelo de Weiner.

3 La teoría no clasifica las causas en disposicionales, situacionales y culturales; lo interno y lo externo forman una sola dimensión, el locus.

4 Internalidad-externalidad, globalidad-especificidad y estabilidad son las dimensiones atributivas de la reformulación de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale (1978).

Trampa. Las opciones 1 y 4 son tríadas reales de otras teorías de la atribución, la de Kelley y la de la indefensión reformulada. Conviene saber a quién pertenece cada una.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 99 y 108-109. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, págs. 377-378.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 100

199

PSICOLOGÍA SOCIAL

M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la conducta prosocial es CORRECTA?:

1. La conducta prosocial puede ser altruista o no altruista. ✓
2. La conducta prosocial no implica riesgo para quien la lleva a cabo.
3. La conducta prosocial está positivamente correlacionada con el número de espectadores presentes en una emergencia.
4. La presencia de otro espectador que ayude inhibe la propia conducta prosocial.

La conducta prosocial es una categoría amplia que incluye la ayuda altruista y la no altruista

Gaviria distingue tres conceptos de menor a mayor concreción. La **conducta prosocial** es toda conducta que, en una sociedad determinada, se entiende como beneficiosa para otras personas y para el sistema social. Dentro de ella está la **conducta de ayuda**, que busca intencionadamente beneficiar a otra persona, y dentro de esta, la **conducta altruista**, que se realiza solo por la necesidad del otro o, según otra definición, cuando beneficia más al receptor que al donante. Por eso el manual subraya que **no toda la conducta de ayuda es altruista** ni toda la conducta prosocial implica ayudar a alguien concreto.

1. Se sigue de la relación entre los tres conceptos, porque la conducta prosocial engloba la ayuda, sea altruista o no.
2. Algunas definiciones de altruismo exigen que el donante incurra en algún coste, y en el modelo de Latané y Darley la persona puede no actuar por miedo a los costes de intervenir.
3. Darley y Latané encontraron que, cuantos más espectadores, menos probable es que alguno ayude y más tarda en decidirse quien lo hace.
4. Lo que el manual describe como inhibidor es la presencia de otros que no actúan, como los cómplices pasivos del experimento del humo, y la difusión de la responsabilidad. En situaciones ambiguas la gente usa la conducta de los demás como información sobre qué hacer.

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. 9, págs. 238 y 240-243.

EN EL ATLAS

Tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 198, PIR 2024 · n.º 71

200

PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 4

En el estudio de los prejuicios, ¿cómo se denomina a la tendencia a sobreestimar la proporción de comportamientos negativos en grupos relativamente pequeños?:

1 Efecto priming.

2 Diferenciación del exogrupo.

3 Efecto Pygmalion.

4 Correlaciones ilusorias. ✓

La correlación ilusoria asocia en exceso las conductas negativas a los grupos minoritarios

Gaviria define la **correlación ilusoria** como la sobreestimación del grado en que están relacionados dos sucesos o características, y la explica por el **heurístico de disponibilidad**, porque una asociación llamativa se recuerda con más facilidad. Es uno de los mecanismos que explican el **origen de los estereotipos**. En el capítulo del prejuicio se precisa que se debe a la **distintividad** de ciertos grupos y atributos, en especial los negativos, y que la relación se establece por lo general entre **grupos minoritarios** o de bajo estatus y conductas infrecuentes, que suelen ser negativas.

1. El priming, o preactivación, es un procedimiento experimental muy utilizado para medir actitudes implícitas.
2. El sesgo que el manual describe sobre el exogrupo es el de homogeneidad, la tendencia a ver a sus miembros más parecidos entre sí que a los del propio grupo. Nada tiene que ver con sobreestimar conductas negativas en grupos pequeños.
3. El efecto Pigmalión es un caso de profecía autocumplida, en el que las expectativas sobre otra persona hacen que nos comportemos con ella de un modo que la empuja a confirmarlas.
4. Es la definición de correlación ilusoria aplicada a los grupos minoritarios.

> **Para fijarlo.** Lo raro se junta con lo raro en la memoria: un grupo minoritario y una conducta poco frecuente parecen ir de la mano aunque no lo hagan.

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. 3, págs. 57, 59, 65 y 70; cap. 11, pág. 310.

EN EL ATLAS

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

201

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes es un criterio diagnóstico del Trastorno de Atracones según el DSM-5?:

1. La autoevaluación está indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
2. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. ✓
3. El atracón se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado.
4. Los atracones se producen, de promedio, al menos dos veces a la semana durante dos meses.

El trastorno de atracones exige atracones al menos una vez a la semana durante tres meses

El **criterio D** del **trastorno de atracones** en el DSM-5 pide que los atracones se produzcan, de promedio, **al menos una vez a la semana durante tres meses**. El criterio E añade que el atracón **no se asocia** a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosas. La autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso es un criterio de la **bulimia nerviosa** (D) y no figura entre los del trastorno de atracones.

1. Es el criterio D de la bulimia nerviosa; el trastorno de atracones no lo incluye.
2. Es el criterio D del trastorno de atracones.
3. El criterio E dice que el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado.
4. Dos veces por semana era la frecuencia que el DSM-IV exigía a la bulimia nerviosa; el DSM-5 pide una vez a la semana durante tres meses.

Trampa. La opción 4 recicla la frecuencia antigua de la bulimia, dos veces por semana, y le cambia la duración.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Bulimia nerviosa, pág. 345; trastorno de atracones, pág. 350. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Bulimia nerviosa, criterios, pág. 563.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 200, PIR 2017 · n.º 143

202

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes Trastornos NO se considera en el DSM-5 dentro de los "Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta"?:

1 Trastorno negativista desafiante.

2 Juego patológico. ✓

3 Piromanía.

4 Cleptomanía.

El trastorno por juego está desde el DSM-5 en el capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

El capítulo de **trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** del DSM-5 incluye el trastorno negativista desafiante, el explosivo intermitente, el de conducta, el de la personalidad antisocial (descrito en el capítulo de personalidad), la **piromanía**, la **cleptomanía** y otro trastorno especificado y no especificado. El **juego patológico**, hoy trastorno por juego, que en el DSM-IV era un trastorno del control de los impulsos, pasa a los **trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos** como único trastorno no relacionado con sustancias, porque activa los sistemas de recompensa de forma semejante a las drogas.

1. El trastorno negativista desafiante es uno de los trastornos del capítulo.
2. Desde el DSM-5 está en el capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
3. La piromanía forma parte del capítulo, como la cleptomanía, por el control deficiente de impulsos ligados a una conducta concreta.
4. La cleptomanía también pertenece al capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Introducción del capítulo, pág. 461; trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, págs. 481 y 585-586. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, pág. 625.

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 2018 · n.º 90, PIR 2023 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 148

203

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 4

La etapa 3 de la Terapia Dialéctico-Conductual se centra en:

1. Reemplazar la “desesperación silenciosa” por la experiencia emocional no traumática.
2. Adquirir control sobre la propia conducta.
3. Resolver la sensación de no estar completo y desarrollar libertad.
4. Adquirir felicidad e infelicidad “ordinarias” y reducir los problemas de la vida de la persona. ✓

El tercer estadio de la TDC busca la felicidad e infelicidad ordinarias

La **terapia dialéctico-conductual** organiza el tratamiento en un pretratamiento y cuatro estadios que secuencian los objetivos. El primero aborda el **descontrol conductual grave**, empezando por las conductas que atentan contra la vida. El segundo, la **desesperación silenciosa**, procesa el trauma para experimentar las emociones de forma no traumática. El **tercero**, de **problemas en la vida**, tiene como objetivo principal una calidad de vida aceptable y una **experiencia corriente de la felicidad e infelicidad ordinaria**, fomentando el autorrespeto y la autoeficacia. El cuarto, añadido después, trata la falta de plenitud.

1. Experimentar las emociones de forma no traumática es la meta del segundo estadio, el de la desesperación silenciosa.
2. Controlar la propia conducta corresponde al primer estadio, el del descontrol conductual grave.
3. La sensación de vacío que persiste pese a haber resuelto los problemas corresponde al cuarto estadio, el de la falta de plenitud.
4. Es el objetivo del tercer estadio, el de los problemas en la vida.

Ojo. Rodríguez Morejón, Ampliación del tema, describe las fases de otro modo: la 3.ª es «desarrollar confianza en sí mismos» y la 4.ª «fomentar la independencia, libertad y capacidad para llevar una vida satisfactoria» (cap. 22, págs. 387-388). Con esa versión la opción 4 no tiene una correspondencia exacta y la 3 se acerca a la cuarta fase. La clave sigue los estadios de Linehan que recoge Díaz-Garrido.

Para fijarlo. Primero sobrevivir, después sentir sin trauma, luego vivir una vida corriente y, al final, sentirse completo.

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. 9, págs. 186-188. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 22, págs. 387-388.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual. Díaz-Garrido no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

204

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes terapias para el trastorno límite de la personalidad tiene un formato exclusivamente grupal?:

1. STEPPS. ✓
2. Terapia Dialéctico-Conductual.
3. Terapia Cognitivo-Interpersonal.
4. Terapia Cognitivo-Analítica.

El STEPPS es un tratamiento exclusivamente grupal para el trastorno de la personalidad límite

Belloch incluye el **programa STEPPS** entre las intervenciones con evidencia empírica en el trastorno de la personalidad límite, junto a la TDC, la terapia basada en la mentalización, la psicoterapia focalizada en la transferencia y la terapia centrada en esquemas. En el manual de Díaz-Garrido se describe como un protocolo de intervención **con formato grupal**, y el capítulo de intervención grupal lo define como un tratamiento **exclusivamente grupal**, manualizado y altamente estructurado, diseñado como **complemento de la terapia individual**. La **TDC**, en cambio, combina el grupo de entrenamiento en habilidades con visitas individuales semanales.

1. Es un tratamiento exclusivamente grupal que se añade a la terapia individual en curso.
2. La TDC combina la asistencia semanal al grupo de entrenamiento en habilidades con visitas individuales y semanales con un terapeuta, además del contacto telefónico y el equipo de consulta.
3. En la terapia cognitivo-interpersonal las habilidades se practican y refinan dentro de la relación terapéutica.
4. El manual describe las fases de la psicoterapia cognitivo-analítica en el tratamiento individual.

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. 6, pág. 132; cap. 9, pág. 186; cap. 10, pág. 203; cap. 15, pág. 284; cap. 21, pág. 400. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 455.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 140

205

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias | Reserva no utilizada | Revisar

Respuesta correcta: 2

Según la entrevista motivacional, cuando un paciente con adicción está ambivalente hacia el cambio, debemos:

1. Realizar un balance decisional.
2. Evitar el reflejo de corrección. ✓
3. Darle argumentos a favor del cambio.
4. Señalarle sus defensas o resistencias.

Ante la ambivalencia, la entrevista motivacional evita discutir y deja que el paciente dé sus razones

Penadés recoge que la **entrevista motivacional** considera la **ambivalencia** un estado normal ante cualquier cambio, y no un rasgo patológico o defensivo. Uno de sus principios es **evitar la discusión**, porque si el terapeuta opta por la discusión directa o por una postura autoritaria refuerza la resistencia al cambio. Al desarrollar la discrepancia, debe ser la persona, y no el terapeuta, quien exprese **las razones para cambiar**. La opción 2 resume esa idea con el término de Miller y Rollnick, el **reflejo de corrección**, es decir, el impulso del profesional de corregir al paciente y empujarlo hacia el cambio.

1. Un balance decisional no es en sí una confrontación, y el corpus no lo descarta, porque el Protocolo Unificado lo emplea en su módulo de motivación. La clave da por mejor la opción 2 (véase el Ojo).
2. Evitar el impulso de corregir al paciente coincide con los principios de evitar la discusión y de dejar que sea la persona quien exprese sus razones para cambiar.
3. Si es el terapeuta quien da los argumentos a favor del cambio, se invierte el principio de que debe ser la persona quien exprese sus razones para cambiar.
4. La entrevista motivacional no ve la ambivalencia como un rasgo defensivo, y señalar resistencias es una forma de confrontación que el enfoque evita.

Ojo. El término «reflejo de corrección» procede de Miller y Rollnick (La entrevista motivacional, 3.ª ed., 2015), que no está en el corpus; aquí se justifica con los principios que recoge Penadés. Además, el corpus no permite descartar con un texto explícito la opción 1, porque el Protocolo Unificado incluye un ejercicio de balance decisional en su módulo de motivación (Fonseca Adultos, cap. 6, pág. 207).

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. 631-633.

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

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

206 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes acrónimos se utiliza en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales?:

1 ABC.

2 ARCO. ✓

3 TIP.

4 CCR1.

El Protocolo Unificado analiza las emociones con el registro ARCO

El **Protocolo Unificado** de Barlow se organiza en ocho módulos. El módulo 2, «Comprendiendo tus emociones», introduce el **análisis ARCO** de las experiencias emocionales, que identifica los **antecedentes** o desencadenantes, las **respuestas** (pensamientos, sensaciones físicas y conductas) y las **consecuencias** a corto y a largo plazo. Los registros ARCO se reutilizan después en otros módulos, por ejemplo para identificar errores de pensamiento en el de flexibilidad cognitiva o sensaciones físicas desagradables en el de afrontamiento de las sensaciones físicas.

1. El modelo cognitivo ABC aparece en otros capítulos del manual, por ejemplo en la TCC para la psicosis; el Protocolo Unificado trabaja con el ARCO.
2. Es el análisis de antecedentes, respuestas y consecuencias del módulo 2.
3. El acrónimo TIP no aparece en la descripción del Protocolo Unificado.
4. CCR1 tampoco aparece en la descripción del protocolo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

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 Fonseca Adultos (Base).

207

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

El concepto clásico de alucinación pálida descrito por Griesinger en 1845, ¿a qué concepto actual haría referencia?:

1. Pseudoalucinación. ✓
2. Pseudopercepciones.
3. Anomalía en la intensidad de los estímulos, una distorsión perceptiva.
4. Hipoestesia, un engaño perceptivo.

Las alucinaciones pálidas de Griesinger son las actuales pseudoalucinaciones

Belloch recuerda que las **pseudoalucinaciones** fueron descritas por **Griesinger en 1845** con el nombre de **alucinaciones pálidas**. Kahlbaum las llamó en 1866 alucinaciones aperceptivas y Hagen les dio en 1868 el nombre actual. Están a medio camino entre las imágenes normales y las alucinaciones, porque la persona reconoce que son **subjetivas**, como las imágenes, pero las vive con la claridad y los elementos sensoriales de las alucinaciones y no dependen de su voluntad. En la clasificación del manual son un **engaño perceptivo**, distinto de las pseudopercepciones o imágenes anómalas.

1. Es el nombre que Hagen dio en 1868 a las alucinaciones pálidas de Griesinger.
2. Las pseudopercepciones o imágenes anómalas, como las hipnagógicas, las alucinoides o las eidéticas, forman otro grupo de engaños perceptivos.
3. Las anomalías en la intensidad de los estímulos, como las hiperestesias y las hipoestesias, son distorsiones perceptivas y no tienen que ver con las alucinaciones pálidas.
4. La hipoestesia es percibir los estímulos con menos intensidad de la esperable, y el manual la clasifica como distorsión perceptiva, no como engaño.

TABLA 6.1. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOPATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y LA IMAGINACIÓN

Grupo	Tipo	Fenómenos
I. Distorsiones perceptivas	1. De la intensidad de los estímulos	Hiperestesias versus hipoestesias; hiperalgesias versus hipoalgesias (percepción del dolor); analgesia: ausencia de percepción de dolor; anestesia: ausencia general de percepción de intensidad de los estímulos
I. Distorsiones perceptivas	2. De la cualidad	
I. Distorsiones perceptivas	3. Del tamaño y/o la forma: metamorfopsias	Dismegalopsias: anomalías en la percepción del tamaño (micropsias, macropsias); dismorfopsias: anomalías en la percepción de la forma; autometamorfopsias: distorsiones en la percepción del tamaño o forma del propio cuerpo
I. Distorsiones perceptivas	4. De la integración perceptiva	Aglutinación versus escisión; sinestesia
I. Distorsiones perceptivas	5. Ilusiones	Pareidolias; sensación de presencia
II. Engaños perceptivos	1. Pseudopercepciones o imágenes anómalas	Hipnagógicas e hipnopómpicas; alucinoides; mnésicas (eidéticas); consecutivas (post-imágenes); parásitas
II. Engaños perceptivos	2. Alucinaciones	
II. Engaños perceptivos	3. Pseudoalucinaciones	

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.1, pág. 150

Trampa. Las opciones 3 y 4 mezclan la hipoestesia con la etiqueta equivocada: es una anomalía de la intensidad, es decir, una distorsión, no un engaño.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 150, y pág. 165.

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

208

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 3

¿Qué tipo de creencias sobre las voces aborda el modelo de Chadwick, Birchwood y Trower (1996)?:

1. Creencias sobre el origen de las voces.
2. Creencias esquemáticas nucleares.
3. Creencias sobre el poder, la identidad y el propósito de las voces. ✓
4. Este modelo no se centra de forma primaria en las creencias.

El modelo de Chadwick y Birchwood estudia las creencias sobre el poder, la identidad y el propósito de las voces

Belloch explica que, para la línea de investigación de **Chadwick y colaboradores**, las voces son los antecedentes (A) y la conducta y la emoción (C) están mediadas por las **creencias** que la persona mantiene sobre ellas (B). Los estudios mostraron que el malestar no depende solo del contenido de la alucinación, y que entre las creencias predominan las de **omnipotencia** de las voces y las de **identidad y propósito**, que dieron lugar a la distinción entre voces **malevolentes** y **benevolentes**. Las creencias benevolentes se asocian al compromiso con la voz y las malevolentes, a la resistencia.

1. El modelo se ocupa de lo que la persona cree sobre el poder, la identidad y las intenciones de sus voces; el origen no figura entre esas creencias.
2. El modelo se centra en las creencias que la persona mantiene sobre sus voces, no en sus esquemas nucleares.
3. Recoge las creencias de omnipotencia y las de identidad y propósito. Fonseca añade que las creencias sobre la identidad, el poder, el control y la intencionalidad de las voces son esenciales para entender el malestar (cap. 16, pág. 512).
4. Es un modelo cognitivo cuyo núcleo son las creencias, que median entre las voces y la respuesta de la persona.

> **Para fijarlo.** Ante una voz importa menos lo que dice que quién creo que es, qué poder le atribuyo y qué quiere de mí.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 180. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5, págs. 182-183; cap. 16, pág. 512.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 110, PIR 2024 · n.º 132

209

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿En qué intervención se enseña a los niños “habilidades de detective” para resolver los misterios de sus emociones?:

1. Super Skills For Life.
2. The Coping Koala.
3. Take ACTION.
4. Protocolo Unificado para niños. ✓

El Protocolo Unificado para niños enseña habilidades de detective para resolver los misterios de las emociones

El **Protocolo Unificado para niños** (UP-C), versión para 7 a 13 años del protocolo transdiagnóstico de Barlow, se aplica en grupo con participación de los padres y consta de 15 sesiones semanales de 90 minutos. El programa se presenta a los niños como un **juego** en el que aprenderán **habilidades de detective para resolver los misterios de sus emociones**, y sus módulos se identifican con el acrónimo **CLUES**: considerar cómo me siento, leer mis pensamientos, usar preguntas de detective y resolver problemas, experimentar mis emociones y mantenerme saludable y feliz.

1. Super Skills for Life es una intervención preventiva para la escuela que usa activación conductual, habilidades sociales, solución de problemas, relajación, preparación cognitiva y video-feedback.
2. Coping Koala es el cuaderno de trabajo del programa FRIENDS, derivado del Coping Cat.
3. Take ACTION organiza sus módulos con el acrónimo ACTION, de psicoeducación sobre la ansiedad a la prevención de recaídas.
4. Es el programa que se presenta como un juego de detectives con el acrónimo CLUES.

Ojo. El programa EMOTION, que no figura entre las opciones, también presenta en su tercera sesión un «detective de emociones» (cap. 3, pág. 123).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 445-447; cap. 3, págs. 123-124.

EN EL ATLAS

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

210

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C24 · Tratamientos de la discapacidad intelectual | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

En relación con la discapacidad intelectual:

1. La intervención debe basarse en modelos médicos, psicométricos y psicopatológicos.
2. El enfoque más adecuado consiste en la adopción de un modelo funcional, de orientación cognitivo-conductual. ✓
3. Los apoyos y su intensidad se determinan de acuerdo a baremos establecidos según la gravedad o el nivel de discapacidad.
4. El enfoque más adecuado consiste en realizar una valoración normativa, con pruebas de rendimiento objetivas, para valorar el potencial de las personas con discapacidad.

En la discapacidad intelectual se recomienda un enfoque funcional basado en los apoyos

Izquierdo y colaboradores destacan como modelos de intervención psicológica en la **discapacidad intelectual** las técnicas de modificación de conducta, en concreto el **análisis funcional**, y señalan que estos jóvenes pueden beneficiarse de la **TCC adaptada** a su edad de desarrollo y su capacidad comunicativa. Concluyen que hay que adoptar un **enfoque funcional**, multidisciplinar y multidimensional que satisfaga las necesidades individuales mediante la **provisión de apoyos**. Fonseca coincide en explicar los problemas en términos interactivos, funcionales y contextuales y en clasificar según las **necesidades de apoyo** y no por la severidad.

1. Fonseca pide alejarse de los modelos de déficit para entender la discapacidad intelectual y explicar los problemas en términos funcionales y contextuales, no como algo defectuoso dentro del individuo.
2. Coincide con el enfoque funcional y con la recomendación de la TCC adaptada que recogen los manuales.
3. Los apoyos se planifican a partir de una evaluación funcional de las necesidades, como la que hace la escala SIS-C, y la clasificación debe hacerse según las necesidades de apoyo y no por la severidad.
4. La evaluación se centra en los cambios del funcionamiento una vez ofrecidos los apoyos necesarios, no en una valoración normativa del potencial.

Ojo. Fonseca matiza la orientación cognitivo-conductual. Asocia la TCC de segunda generación al modelo médico y considera más coherentes con la discapacidad intelectual las terapias de primera y tercera generación (cap. 4, págs. 151 y 155), aunque recoge que la TCC adaptada es la recomendación de la NICE para los síntomas de ansiedad y depresión. La clave se sostiene por el peso del enfoque funcional, pero la etiqueta «cognitivo-conductual» es discutible con ese capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 41, pág. 279. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 4, págs. 151-152 y 155.

EN EL ATLAS

Tema C24 · Tratamientos de la discapacidad intelectual. Se estudia con Izquierdo (Consulta) y Fonseca I/A (Base).

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	136, 137, 138, 139
A5	Percepción e Imaginación	91, 93, 207, 208
A6	Memoria	75, 76, 77, 78, 151
A7	Pensamiento	86, 92, 94, 158, 159, 160, 161
A8	Lenguaje	64
B2	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general	65
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	101, 119, 120, 121, 201
B5	Trastornos del sueño-vigilia	142, 143, 145
B6	Adicciones a sustancias	21
B7	Adicciones comportamentales	149, 150
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	144, 173, 202
B11	Trastornos de ansiedad	81, 82, 84, 122, 123, 124
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	184
B14	TOC y trastornos relacionados	70, 71, 72, 73, 74
B15	Trastornos depresivos	79, 80, 83, 152, 153
B16	Trastornos bipolares	154, 157, 191
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	115
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	89
B20	Trastornos de la personalidad	53, 54
B21	Conducta suicida	99, 100
B22	Trastornos neurocognitivos	55, 57, 135
B26	Discapacidad intelectual	170
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	174
B28	Trastorno del espectro del autismo	30, 31, 188
B29	TDAH	27
B30	Trastornos del lenguaje	28, 169
B32	Trastornos del vínculo	171
B33	Abuso sexual, violencia y maltrato infantil	186
B35	Duelo en infancia y adolescencia	106
C1	Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia	62
C3	Tratamientos transdiagnósticos	129, 181, 206
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	116, 117, 118, 168, 175
C5	Tratamientos de las disfunciones sexuales y trastornos parafílicos	146
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	66, 67, 68, 105, 205
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	69

C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	125, 126, 127, 128, 183, 209
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	90, 172, 185
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	190
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	85, 87, 88, 162, 163, 164, 165, 166
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	114, 140, 204
C20	Intervención psicológica en conducta suicida	110, 180
C21	Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia	167
C24	Tratamientos de la discapacidad intelectual	210
C26	Tratamientos del TEA	177, 178, 189
C27	Tratamientos del TDAH	176
C28	Tratamientos de los trastornos del lenguaje	187
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	179
C33	Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia	182
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	102, 103
D3	Adhesión a los tratamientos terapéuticos	111
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	104
D7	Apoyo social y salud	109
D10	Dolor crónico y fibromialgia	107
D13	Cáncer y enfermedad terminal	108
E2	El proceso de evaluación psicológica	22
E5	La observación sistemática	20
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	24
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	26, 32
E11	Evaluación de la personalidad	23, 25
E12	Evaluación neuropsicológica	29
F1	Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia	147, 155
F2	Factores comunes y relación terapéutica	19, 63, 113, 130, 131, 132, 133, 141
F3	Enfoques eclécticos e integradores	134
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	112
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	148, 156
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	41
F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	96
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	97, 203
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	95, 98
G1	Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones	17
G6	Límites profesionales y relaciones duales	18

H1	Introducción e historia de las diferencias individuales	50
H2	Marco conceptual de la psicología diferencial	51
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	47, 48, 52
H7	Herencia y ambiente	44
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	46, 49
H11	Estabilidad de la personalidad	45
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	3
H13	Afectividad negativa y positiva	43
I2	Atención	9
I3	Sensación y percepción	5
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	2
I5	Condicionamiento instrumental	1
I6	Memoria	7
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	8
I8	Lenguaje	6
J2	Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor	35
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	33, 37, 38
J4	Función simbólica: representación, juego y dibujo	39
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	36
J6	Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas	34
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	58, 59
K6	Sistemas sensoriales	60
K12	Emoción y cognición social	4
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	56
K18	Psicofarmacología	61
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	15
L9	Métodos de investigación en diferencias individuales y personalidad	40
L10	Estadística descriptiva de una variable	13
L11	Estadística descriptiva de dos variables	10
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	11, 16
L15	Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)	14
L16	Comparación de más de dos grupos (ANOVA de un factor)	12
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	196, 198
M2	El yo social y la cultura	42, 197
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	192, 195
M4	Influencia social y persuasión	194
M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	199

M6	Procesos de grupo	193
M7	Estereotipos y prejuicio	200