ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2024

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 2024. 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 un programa de reforzamiento observamos un patrón que se caracteriza por una alta tasa de respuestas y una pausa después de cada reforzamiento. ¿Qué tipo de programa es?:

1 Intervalo fijo.

2 Intervalo variable.

3 Razón fija. ✓

4 Razón variable.

La razón fija combina una tasa alta y estable con la pausa posreforzamiento

Domjan describe así el patrón típico de los **programas de razón fija**: una vez que se inicia la conducta, la tasa de respuestas es **alta y estable**, pero puede haber una pausa antes de empezar el número de respuestas exigido. En el registro acumulativo, la tasa cero que aparece inmediatamente después de cada reforzamiento se llama **pausa posreforzamiento**, y la tasa elevada que completa cada requisito se llama **carrera de la razón**. El intervalo fijo también tiene una pausa tras el reforzador, pero después la respuesta se acelera poco a poco hasta el final del intervalo (el **festón**). Los programas variables mantienen tasas estables sin pausas predecibles.

1 En el intervalo fijo también hay una pausa tras el reforzador, pero luego la tasa de respuestas aumenta a medida que se acerca el siguiente reforzador. Ese patrón de aceleración se llama festón del intervalo fijo.

2 Los programas de intervalo variable mantienen tasas estables y constantes de respuesta sin pausas regulares.

3 Una pausa después de cada reforzador seguida de una carrera de respuestas alta y estable es el patrón de pausa y carrera que el manual atribuye a la razón fija.

4 En la razón variable las pausas predecibles son menos probables y el organismo responde a una tasa bastante estable. Pueden aparecer pausas, pero son más largas y destacadas en la razón fija.

PATRÓN DE RESPUESTA EN LOS PROGRAMAS SIMPLES DE REFORZAMIENTO INTERMITENTE

Programa	Patrón de respuesta según el manual
Razón fija	Una vez que se inicia la conducta, la tasa de respuestas es alta y estable, pero puede haber una pausa
Razón variable	Los organismos responden a una tasa bastante estable
Intervalo fijo	La tasa de respuestas aumenta a medida que se acerca el momento en que estará disponible el siguiente reforzador
Intervalo variable	Mantienen tasas estables y constantes de respuestas sin pausas regulares

Fuente: Domjan (2010), cap. 6, págs. 188, 191, 192 y 194

Trampa. El intervalo fijo también tiene pausa después del reforzador. Lo que separa la razón fija es que, al reanudar, la respuesta sale de golpe a tasa alta en lugar de acelerarse poco a poco.

Para fijarlo. Después de entregar un trabajo cuesta empezar el siguiente, pero una vez que arrancas sigues de un tirón. Así responde quien está en razón fija.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 188-194.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 5, PIR 2015 · n.º 140, PIR 2016 · n.º 183, PIR 2018 · n.º 2, PIR 2020 · n.º 138, PIR 2025 · n.º 206

2

PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 1

El proceso cognitivo para la solución de problemas puede verse interferido por una tendencia a asignar una función fija a algo que hemos aprendido a usar de una manera particular. Por ejemplo, se limita el uso de un objeto a su uso tradicional. ¿Cómo se denomina esta tendencia?:

1. Fijación funcional. ✓
2. Efecto de anclaje.
3. Sesgo de utilidad.
4. Sesgo de disponibilidad.

La fijación funcional impide dar a un objeto una función distinta de la habitual

En la tradición de la Gestalt, Duncker llamó **fijación funcional** a la adherencia a procedimientos u organizaciones anteriores que impiden o bloquean una nueva **reorganización** de la situación. González Labra la presenta como lo opuesto al **insight**, porque el aprendizaje previo interfiere y produce un bloqueo mental que impide dar una nueva función a un objeto ya conocido. El ejemplo clásico es el **problema de la vela** de Duncker, que solo se resuelve cuando la caja de cerillas deja de verse como contenedor y pasa a servir de soporte. Dos de las otras opciones son **heurísticos** del juicio probabilístico.

1. Es el bloqueo que describe el enunciado, porque el uso habitual de un objeto impide atribuirle otra función, como ocurre con la caja de cerillas en el problema de Duncker.
2. El anclaje y ajuste es un heurístico para estimar cantidades inciertas a partir de un valor inicial que se va ajustando; las estimaciones quedan sesgadas hacia ese valor de partida.
3. El manual no recoge ningún «sesgo de utilidad». La utilidad aparece en la teoría de la utilidad esperada, dentro del capítulo de toma de decisiones.
4. El heurístico de accesibilidad o disponibilidad juzga la frecuencia o la probabilidad de un evento por la facilidad con la que vienen a la mente sus ejemplos. Pertenece al juicio probabilístico y no tiene que ver con el uso de los objetos.

Para fijarlo. La caja de cerillas de Duncker solo sirve de estante cuando dejas de verla como caja.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 223-224; cap. 6, págs. 154 y 159.

EN EL ATLAS

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

3 PSICOLOGÍA BÁSICA

I10 · Emoción

Respuesta correcta: 3

La teoría de la emoción de Cannon-Bard postula que:

1. Los estímulos del ambiente causan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo que interpretamos como emociones.
2. Los cambios fisiológicos específicos causan emociones específicas.
3. Las emociones y las respuestas corporales ocurren al mismo tiempo, no una después de la otra. ✓
4. La situación en la que estamos nos brinda señales que nos ayudan a interpretar ese estado general de activación.

Cannon y Bard sostienen que los cambios corporales y la experiencia emocional ocurren a la vez

Palmero explica que la teoría de Cannon nace de sus críticas a James. Para **James y Lange**, el estímulo provoca cambios corporales y la percepción de esos cambios da lugar a la emoción; **Cannon**, en cambio, defiende que los cambios corporales y las emociones se producen al mismo tiempo. Según la **teoría de Cannon-Bard**, la emoción se debe a la activación del **tálamo**, cuyas neuronas activan músculos y vísceras y a la vez envían información a la corteza, de modo que los cambios corporales y la experiencia emocional ocurren **simultáneamente**. Por eso se la llama también teoría central o talámica de las emociones.

1. Es la secuencia de James y Lange, en la que el estímulo provoca cambios corporales y la percepción de esos cambios produce la emoción. Por eso se la conoce como teoría periférica de la emoción.
2. La idea de que a cada emoción le corresponde un patrón fisiológico propio es la especificidad psicofisiológica implícita en la teoría de James. Cannon la criticó porque algunos cambios corporales son comunes a varias emociones.
3. Recoge la tesis de Cannon-Bard, para la que los cambios corporales y la experiencia emocional ocurren simultáneamente.
4. Interpretar una activación general con las señales de la situación corresponde a la teoría bifactorial de Schachter, en la que la persona busca en su ambiente la causa de su activación fisiológica.

Para fijarlo. James pone el cuerpo antes que la emoción, Cannon los pone a la vez y Schachter añade la etiqueta que da la situación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Cap. 6, págs. 165-168; cap. 8, págs. 220-221.

EN EL ATLAS: Tema I10 · Emoción. Se estudia con Palmero (Base).

4

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la tendencia de los adolescentes a sentir que son constantemente observados por los demás y que la gente siempre está juzgando su apariencia y su conducta?:

1 Fábula personal.

2 Audiencia imaginaria. ✓

3 Identidad difusa.

4 Confusión de roles.

La audiencia imaginaria hace creer al adolescente que todos están pendientes de él

García Madruga y Delval atribuyen a **Elkind (1967)** dos fenómenos propios de la adolescencia, ligados a la inmadurez de las habilidades metacognitivas. La **audiencia imaginaria** es la creencia de que todo el mundo está centrado y preocupado por lo que el adolescente hace o piensa. La **fábula personal** es la contraria, la creencia de que las propias experiencias y preocupaciones son absolutamente únicas. El manual los presenta como fenómenos antagónicos, que expresan una falta y un exceso de diferenciación entre lo que uno piensa y lo que piensan los demás. La confusión de roles y la identidad difusa vienen de las teorías de la identidad de **Erikson** y **Marcia**.

1 La fábula personal es la creencia de que las propias experiencias son únicas y que nadie ha tenido pensamientos o sentimientos parecidos. Es el fenómeno opuesto al del enunciado.

2 Coincide con la definición de Elkind, según la cual el adolescente cree que todo el mundo está pendiente de lo que hace o piensa.

3 La identidad difusa es uno de los estados de identidad de Marcia, en el que no ha habido exploración ni se han adoptado compromisos.

4 Identidad frente a confusión de roles es la crisis que Erikson sitúa entre los 12 y los 20 años.

Ojo. La edición digital de 2019 que hay en el corpus no tiene paginación impresa, por lo que la cita va por capítulo y apartado.

Para fijarlo. En la audiencia imaginaria todos me miran; en la fábula personal nadie me entiende.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 11, apartados 4 y 5 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS: Tema J9 · Adolescencia. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 21, PIR 2015 · n.º 65, PIR 2017 · n.º 5, PIR 2020 · n.º 178

5

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental · Anulada

Anulada

Según los teóricos del aprendizaje, ¿cómo se explicaría que las personas dependientes de la cocaína obtengan tan poca satisfacción de reforzadores convencionales (como una deliciosa comida) que otras personas sí disfrutarían?:

1. Por el efecto del contraste positivo, por el cual una exposición previa a un reforzador hace que la respuesta sea mayor.
2. Por el efecto Mitchell, por el cual los reforzadores cambian de valor con el tiempo.
3. Por el efecto del contraste negativo, por el cual la exposición a un reforzador con menor valor hedónico altera la respuesta a otro reforzador.
4. Por el efecto del contraste, por el cual no se altera el valor del reforzador, sino que se alteran las condiciones de reforzamiento.

La opción del contraste negativo invierte la comparación del manual y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 3. Domjan explica con el **contraste negativo** la situación del enunciado: como la cocaína es altamente reforzante, los reforzadores convencionales pierden valor para quien la consume. Pero el manual define el contraste negativo como la disminución de la respuesta ante una recompensa pequeña por la **experiencia previa con un resultado más favorable**. La opción 3 afirma lo contrario, que lo que altera la respuesta es la exposición a un reforzador de **menor** valor hedónico. Así, la opción que nombra el fenómeno invierte su definición, y ninguna de las otras recoge la explicación del manual.

1. El contraste positivo es el aumento de la respuesta ante una recompensa favorable por la experiencia previa con un resultado menos atractivo. Explicaría un disfrute mayor, y el enunciado describe lo contrario.
2. Ni Domjan ni Pellón hablan de un «efecto Mitchell». Pellón cuenta que el fenómeno de contraste se llamó al principio «efecto Crespi», y cita a Mitchell y colaboradores (2012) solo para señalar que el contraste puede depender del estado afectivo previo.
3. Clave provisional. Nombra el fenómeno con el que el manual explica la poca satisfacción de los consumidores de cocaína, pero invierte su definición, porque en el contraste negativo la experiencia previa es con una recompensa más favorable.
4. Pellón define el contraste conductual como el cambio en la efectividad de un reforzador por la experiencia previa con ese mismo reforzador de distinta magnitud o calidad, y añade que no tiene que ver con su valor absoluto. La opción se acerca a esa idea, pero no dice de qué contraste se trata.

Ojo. La opción 4 recoge una idea de Pellón, que el contraste no depende del valor absoluto del reforzador, y por eso puede parecer defendible. Aun así, el caso de la cocaína el manual lo explica con el contraste negativo.

Para fijarlo. Después de la cocaína la comida sabe a poco, porque el contraste negativo siempre compara con algo mejor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 5, págs. 166-167.
Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Tema 4, págs. 193-195.

EN EL ATLAS

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

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 1

En las tareas de búsqueda visual, determinados estímulos como los animales desagradables (serpientes, arañas, etc.) se descubren antes que otro tipo de estímulos de contenido neutral. ¿Cómo se denomina este fenómeno?:

1 Pop out o saliencia atencional. ✓

2 Top-down o procesamiento rápido.

3 Fear o percepción de peligro.

4 Stroop o procesamiento simultáneo.

Lo que destaca por sí mismo entre los distractores captura la atención de forma súbita

En las tareas de **búsqueda visual**, Johnson y Proctor llaman **efecto de saliencia atencional** (attentional pop-out) a la capacidad que tienen los ítems con propiedades exclusivas para emerger visualmente y **atraer la atención de forma súbita** entre el conjunto de distractores. Fernández-Abascal recoge el caso del enunciado con el trabajo de Öhman y colaboradores (2001): animales desagradables como las serpientes se descubren antes que los estímulos de contenido neutral, y a ese efecto lo llama «pop-out». Es un efecto guiado por el estímulo, lo que el glosario llama procesamiento **abajo-arriba**, y no por las metas del observador, que es el procesamiento **arriba-abajo**.

1 Es el nombre del fenómeno, en el que un estímulo con propiedades exclusivas emerge entre los distractores y atrae la atención de forma súbita.

2 El procesamiento arriba-abajo se ejecuta bajo control del sujeto, en función de sus expectativas, de la tarea o de sus metas. La captura por un estímulo que destaca es un efecto guiado por el estímulo.

3 El manual no recoge ningún efecto con ese nombre. La etiqueta mezcla el contenido de los estímulos del enunciado con un término inventado.

4 El efecto Stroop es la interferencia que ejerce el significado de las palabras al nombrar el color de la tinta con que están impresas. Es una prueba de inhibición de la información irrelevante y no tiene que ver con la búsqueda visual.

Ojo. El caso de las serpientes y las arañas está en el manual de emoción del Atlas (Fernández-Abascal, 2010, cap. 4, pág. 205), dentro del paradigma de búsqueda visual. Los manuales de atención solo dan la definición general del efecto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Johnson, A. y Proctor, R. W. (2015). Atención: teoría y práctica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Anexo I (glosario), págs. 299, 300 y 307; cap. 5, pág. 166. Fernández-Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2010). Psicología de la emoción. Ramón Areces. Cap. 4, pág. 205.

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Johnson y Proctor (Ampliación). Fernández-Abascal Emoción es Ampliación del tema I10 · Emoción.

7

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 2

Según la teoría de detección de señales (Green y Swets, 1966), ¿qué determina que una persona detecte un estímulo?:

1 La intensidad del estímulo y su naturaleza.

2 La sensibilidad del observador y su criterio de respuesta. ✓

3 La sensibilidad del entorno y las condiciones naturales.

4 La intensidad del estímulo y el lugar en el que ocurre.

En la detección de señales cuentan la sensibilidad del observador y su criterio de respuesta

Goldstein y Cacciamani parten de un ejemplo: dos personas con la misma vista pueden obtener umbrales distintos porque una es una «respondedora liberal» y la otra una «conservadora». Esa diferencia es el **criterio de respuesta**, y la **teoría de detección de señales** sirve para tener en cuenta las diferencias de criterio al comparar a dos participantes. Con una matriz de pagos se puede cambiar la tasa de aciertos y de falsas alarmas sin tocar la intensidad del estímulo. La **sensibilidad** se refleja en la forma de la **curva COR** y en la distancia d' entre las distribuciones de ruido y de señal más ruido.

1 La intensidad del estímulo no basta, porque con un tono de intensidad constante la persona cambia sus respuestas según el criterio que adopte.

2 Son los dos factores que separa la teoría, la sensibilidad del observador y su criterio de respuesta.

3 La teoría atribuye la sensibilidad al observador y no habla del entorno ni de condiciones naturales.

4 Repite el error de la opción 1 y añade el lugar, que no interviene en la teoría.

> **Para fijarlo.** Dos personas que oyen igual pueden contestar distinto porque una dice «sí» a la mínima y la otra solo cuando está segura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Apéndice C (La teoría de detección de señales), págs. 519-525.

EN EL ATLAS

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

8

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

Es sencillo responder a la pregunta "¿Qué tal el desayuno de esta mañana?". Sin embargo, cuando preguntamos "¿Qué tal el desayuno de hace una semana?", la respuesta se complica. ¿Cómo se denomina esta dificultad para acceder a la información según las teorías de la interferencia?:

1. Interferencia constructiva.
2. Interferencia por usar partes de un conjunto como clave (part-set cuing inhibition).
3. Interferencia por sobrecarga de las claves. ✓
4. Olvido.

Cuantos más recuerdos se asocian a una misma clave, peor se recupera cada uno

Baddeley, Eysenck y Anderson usan casi el mismo ejemplo del enunciado: recordamos lo que cenamos anoche, pero no lo que cenamos hace dos semanas, porque las rutinas acumulan trazos parecidos. La **interferencia** se hace mayor cuando la clave que daba acceso al recuerdo objetivo se asocia a recuerdos adicionales, que **compiten** con él. El recuerdo tiende a disminuir cuando aumenta el número de ítems asociados a la misma clave, una generalización que se conoce como **principio de sobrecarga de la clave** (Watkins, 1978). Cada desayuno nuevo añade un competidor a la clave «desayuno».

1. «Interferencia constructiva» no es un término del manual.
2. El olvido por la presentación de parte de las claves del conjunto aparece cuando se dan como pistas algunos ítems de una categoría y eso perjudica el recuerdo de los demás. En el enunciado nadie da pistas.
3. Es el principio que explica la dificultad, porque cada desayuno nuevo se asocia a la misma clave y compite con el que se busca.
4. El olvido es el resultado de la interferencia. La pregunta pide el nombre que dan las teorías de la interferencia a esa dificultad concreta.

> **Para fijarlo.** Una clave con demasiados recuerdos colgados funciona como un cajón lleno, en el que cuesta encontrar algo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 284-286 y 291-292.

EN EL ATLAS: Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 6

9

MARCO PROFESIONAL

G8 · Ética en la intervención psicoterapéutica y en la investigación

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes alternativas constituye una actuación de riesgo para la mala praxis en psicoterapia?:

1 Realizar anotaciones subjetivas en la historia clínica.

2 La derivación de pacientes desde instituciones públicas a privadas. ✓

3 Solicitar consentimiento informado a pacientes con trastorno mental grave estabilizados clínicamente.

4 Revelar información clínica a petición de una instancia judicial.

Derivar pacientes de la institución pública a la consulta privada es una situación de riesgo de mala praxis

Pastor y del Río enumeran las **situaciones de riesgo de mala praxis en psicoterapia**: los problemas con la terminación de la terapia, los conflictos de valores entre terapeuta y paciente, las **relaciones duales**, el uso de técnicas no contrastadas y la **derivación de pacientes desde instituciones públicas a privadas**. De esta última dicen que son derivaciones antiéticas, y recuerdan el artículo 13 del Código Deontológico, según el cual el psicólogo de una institución pública no aprovechará esa situación para derivar casos a su **práctica privada**. Las otras tres opciones describen conductas que el manual considera correctas.

1 El manual recuerda que las anotaciones subjetivas son algo muy común en las historias clínicas de salud mental y que son propiedad del clínico. No las presenta como mala praxis.

2 Figura en la lista de situaciones de riesgo, y el Código Deontológico la prohíbe de forma expresa.

3 Un diagnóstico de trastorno mental grave no incapacita por sí mismo para otorgar consentimiento informado, así que pedirlo es lo correcto.

4 Declarar ante el juez es una de las excepciones al secreto por imperativo legal. El código de deontología médica que recoge el manual pide aportar solo los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

Ojo. En el capítulo 2, el manual recoge entre los problemas que llegan a los tribunales la revelación de información confidencial «en determinadas circunstancias», y cita como situación controvertida el manejo de la información pedida por instancias judiciales. Lo que hace incorrecta la opción 4 es que revelar a petición del juez, ajustándose a lo necesario, es una excepción legal al secreto.

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. 9, págs. 162-164; también págs. 34, 48, 53, 58-59 y 84.

EN EL ATLAS

Tema G8 · Ética en la intervención psicoterapéutica y en la investigación. Se estudia con Pastor (Base).

10 MARCO PROFESIONAL

G6 · Límites profesionales y relaciones duales

Respuesta correcta: 3

Con respecto a las relaciones duales en psicoterapia:

1. El profesional que incurre en ellas mantiene límites profesionales rígidos en el transcurso de la psicoterapia.
2. Existe consenso en considerar a los negocios con pacientes como la variante más inapropiada de relación dual.
3. Pueden darse al mismo tiempo que ocurre la intervención psicoterapéutica o después de la misma. ✓
4. Las relaciones duales de tipo sexual quedan excluidas de la definición.

Una relación dual puede darse durante la psicoterapia o después de ella

Pastor y del Río definen la **relación dual o múltiple** como aquella en la que el profesional mantiene con el paciente, además de la estrictamente terapéutica, algún otro tipo de relación. Puede ser **social** (sexual o no sexual), **financiera** o **profesional**, y podría darse **al mismo tiempo que la intervención o después de ella**. El manual añade que existe consenso en considerar las relaciones sexuales como la variante más inapropiada. Implicarse en relaciones duales supone transgredir los límites de la relación profesional.

1. Implicarse en una relación dual es transgredir los límites profesionales, así que quien incurre en ella no los mantiene. El manual advierte además de que la rigidez excesiva con los límites tampoco es buena para la terapia.
2. Según el manual, el consenso señala como variante más inapropiada las relaciones sexuales. Los negocios aparecen solo como un ejemplo más de relación dual.
3. Es parte de la definición del manual, que admite ambos momentos.
4. Las relaciones sociales sexuales forman parte de la definición, y además son la variante más inapropiada.

> **Para fijarlo.** Una relación dual no caduca al dar el alta, porque la definición incluye lo que ocurre después de la terapia.

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, págs. 101-102 y 104-105.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 18

11 MARCO PROFESIONAL

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

Respuesta correcta: 1

Gema y Vanesa llevan un año en tratamiento por cáncer de mama y en el momento actual presentan sintomatología ansioso-depresiva, miedo a que el cáncer recidive, a no poder ser madres, no poder volver a trabajar y sienten una gran insatisfacción con su imagen corporal. La oncóloga de Gema le ha propuesto ser derivada al Servicio de Psicología Clínica del mismo hospital, mientras que la oncóloga de Vanesa le ha recomendado buscar ayuda psicológica a nivel privado o en una ONG. ¿Qué principio bioético se está poniendo en riesgo en esta situación?:

1. Principio de justicia o equidad. ✓
2. Principio de beneficencia.
3. Principio de solidaridad.
4. Principio de igualdad.

Tratar distinto a dos pacientes con la misma necesidad pone en riesgo el principio de justicia

Pastor y del Río recogen los cuatro principios de la bioética de **Beauchamp y Childress** (1979): **autonomía**, **no maleficencia**, **beneficencia** y **justicia**. La justicia es la imparcialidad en el reparto de costes y beneficios en el ámbito del bienestar vital, y también se llama **principio de equidad**, porque pretende que cada ciudadano sea tratado con respeto frente a cualquier otro, sin atenciones deferentes ni privaciones distintivas de las opciones para recuperar la salud. En el caso, dos pacientes con el mismo problema reciben un acceso distinto a la atención psicológica según la oncóloga que les toca.

1. El trato desigual de dos pacientes con la misma necesidad afecta a la imparcialidad en el reparto de costes y beneficios, que es lo que protege la justicia o equidad.
2. La beneficencia obliga a proporcionar beneficios que superen a los posibles daños. El problema del caso está en el reparto desigual entre dos pacientes.
3. La solidaridad no es uno de los cuatro principios de Beauchamp y Childress que recoge el manual.
4. La igualdad tampoco figura entre los cuatro principios. La idea de trato equitativo está dentro del principio de justicia.

Para fijarlo. Autonomía decide, no maleficencia evita el daño, beneficencia busca el bien y justicia reparte.

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 2023 · n.º 17, PIR 2025 · n.º 18

12 MARCO PROFESIONAL

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

Respuesta correcta: 2

El fenómeno sanitario caracterizado por una mayor accesibilidad a cuidados por parte de aquellos que menos lo necesitan, en detrimento de quienes más lo necesitan, se denomina:

1 Ley de cuidados no escalados.

2 Ley de cuidados inversos. ✓

3 Ley de la desigualdad de los cuidados.

4 Ley de la desigualdad estructural.

La ley de cuidados inversos dice que recibe menos atención quien más la necesita

Fonseca-Pedrero y colaboradores (2023) la citan como **Ley de atención inversa** (Tudor Hart, 1971). Postula que el acceso a la atención médica o social de calidad **varía en proporción inversa a su necesidad** en la población asistida, de modo que los más necesitados tienen menos probabilidades de recibir atención. Los autores la usan para defender la implantación de **servicios de salud mental en la escuela**, y añaden que los trastornos mentales se asocian a las **desigualdades**: el desempleo y la pobreza aumentan el riesgo, y esos mismos grupos tienen menos acceso a una atención efectiva.

1 El artículo no recoge ninguna ley con ese nombre.

2 Es la ley de Tudor Hart, según la cual el acceso a una atención de calidad varía en proporción inversa a la necesidad.

3 El artículo habla de las desigualdades asociadas a los trastornos mentales, pero no las formula como una ley con ese nombre.

4 Los factores estructurales, como el desempleo y la pobreza, aparecen en el artículo como fuente de desigualdad, sin formar ninguna ley con ese nombre.

Ojo. El artículo la llama «Ley de atención inversa» y el cuadernillo, «ley de cuidados inversos»; el contenido es el mismo. La pregunta sale de un artículo de Papeles del Psicólogo y no de un manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. y Calvo, P. (2023). Profesionales de la Psicología en contextos educativos: una necesidad ineludible. Papeles del Psicólogo, 44(3), 112-124. Pág. 120.

EN EL ATLAS

Tema G1 · Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones. Se estudia con Fonseca-Pedrero et al. 2023 (Consulta).

13 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 2

¿Qué técnica de escucha activa (directiva) ayuda a comprender los objetivos del tratamiento y a cambiar la forma de interpretar la conducta de otra persona o situación para que responda de modo diferente?:

1 Indagación o sondeo.

2 Encuadre. ✓

3 Confrontación.

4 Instrucciones.

El encuadre cambia la forma de interpretar la conducta de otro para que se responda de modo diferente

Belloch recoge en la **tabla 4.3** los objetivos de las **técnicas de escucha activa directivas**, llamadas así porque el entrevistador ejerce una influencia directa y parte de su propio marco de referencia. Los dos objetivos del enunciado son los que la tabla atribuye al **encuadre**: ayudar a comprender los objetivos del tratamiento y cambiar el modo de interpretar la conducta de otra persona o una situación para que responda de modo diferente. El texto lo describe como una técnica parecida a la **interpretación**, que ofrece **significados alternativos** a situaciones que el paciente interpreta de manera negativa.

1. La indagación o sondeo busca conocer a la persona en su conjunto, aspectos de su problema, la gravedad, la frecuencia y la duración de los síntomas, y su contexto.
2. Son los dos objetivos que la tabla 4.3 atribuye al encuadre.
3. La confrontación anima a explorar maneras alternativas de percibir un suceso y hace consciente al paciente de discrepancias o incongruencias en sus pensamientos, sentimientos o conductas.
4. Las instrucciones proporcionan la información necesaria para que el paciente sea capaz de realizar, o dejar de realizar, una tarea o conducta.

TABLA 4.3 DE BELLOCH (EXTRACTO): OBJETIVOS DE CUATRO TÉCNICAS DIRECTIVAS

Técnica	Objetivos
Indagación o sondeo	Conocer a la persona en su conjunto, aspectos de su problema, gravedad de la sintomatología, frecuencia, duración, así como su contexto
Encuadre	Ayudar a comprender los objetivos del tratamiento. Cambiar el modo de interpretar la conducta de otra persona o situación para que responda de modo diferente
Confrontación	Animar a explorar maneras alternativas de percibir algún suceso o situación. Hacer consciente al paciente de discrepancias o incongruencias en sus pensamientos, sentimientos o conductas
Instrucciones	Proporcionar la información necesaria para que el paciente sea capaz de realizar, o dejar de realizar, una determinada tarea o conducta

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 4, tabla 4.3, pág. 101 (extracto)

Para fijarlo. Encuadrar es cambiar el marco, como cuando el niño que no para de gritar pasa a verse como un niño que pide atención.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, tabla 4.3, págs. 101-102.

EN EL ATLAS: Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 125, PIR 2020 · n.º 144, PIR 2022 · n.º 123, PIR 2024 · n.º 25

14 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos · Revisar

Respuesta correcta: 3

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3:

1. Está diseñado para mayores de 16 años.
2. Sus autores son Cooper, Taylor y Fairburn.
3. Tiene tres escalas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. ✓
4. Sólo puede utilizarse en población clínica.

El índice de riesgo del EDI-3 reúne obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal

El **EDI-3** de Garner aparece en Belloch como un inventario de **91 ítems agrupados en 12 escalas**, útil para evaluar el **riesgo de trastorno alimentario**, los niveles de gravedad, las diferencias diagnósticas y de subtipos, y los cambios con el tratamiento. Izquierdo añade que es una medida estandarizada de fácil aplicación, útil para planificar el tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA, y que en **muestras clínicas** puede usarse desde los doce años. Fernández-Ballesteros recuerda que el EDI original ya tenía **tres escalas principales**, la obsesión por la delgadez, la bulimia y la insatisfacción corporal. Que en el EDI-3 formen el índice de riesgo lo dice el **manual de la prueba**.

1. Para muestras clínicas puede utilizarse desde los doce años, así que el límite de los dieciséis es falso.
2. El EDI es de Garner. Cooper y Fairburn firman la entrevista EDE, y Cooper y colaboradores, el Cuestionario sobre la forma corporal (BSQ).
3. Es la clave. Son las tres escalas principales del EDI desde su primera versión (Fernández-Ballesteros); que en el EDI-3 compongan el índice de riesgo procede del manual del test.
4. Belloch lo presenta como útil para evaluar el riesgo de trastorno alimentario, un uso que va más allá de los pacientes ya diagnosticados.

Ojo. El corpus confirma que obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal son las tres escalas principales del EDI (Fernández-Ballesteros, apéndice, ficha del EDI-2), pero que en el EDI-3 formen el índice de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria sale del manual del EDI-3 (Garner, 2010, TEA Ediciones), que no está en el corpus. Tampoco aparece en él el uso en muestras no clínicas que descarta la opción 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, tabla 13.11, pág. 434. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 37, pág. 252. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 21, pág. 686. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 5, ficha del EDI-2, pág. 1.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Izquierdo (Consulta).

15 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 3

De acuerdo con la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2), ¿qué módulo se aplica a niños y adolescentes con lenguaje fluido que aún se encuentran en la edad de jugar con juguetes?:

1 Módulo 1.

2 Módulo 2.

3 Módulo 3. ✓

4 Módulo T.

El ADOS-2 elige el módulo por la edad y el nivel de lenguaje, y el 3 es para niños con lenguaje fluido

El **ADOS-2** es una evaluación estandarizada y semiestructurada de niños, y también de adultos, con edad mental de al menos doce meses y sospecha de TEA. Izquierdo y Penadés explican que tiene **cinco módulos** (T, 1, 2, 3 y 4) y que se elige uno según el **nivel de lenguaje expresivo** y la edad. A los **adultos con lenguaje fluido** les corresponde el módulo 4, y Vallejo y Rodríguez añaden que el ADOS-2 incorporó un módulo para los niños más pequeños, de 12 a 30 meses. En un caso clínico de Orgilés y colaboradores, a una niña de 4.º de primaria se le aplica el ADOS-2 «Módulo 3», que el informe asocia a la **fluidez verbal en niños y adolescentes**.

1 En el corpus el módulo 1 se aplica a un niño de 3 años con lenguaje limitado (Orgilés y colaboradores). A los niños y adolescentes con lenguaje fluido les corresponde el módulo 3.

2 El corpus no describe el módulo 2, pero reserva el lenguaje fluido al módulo 3 en niños y adolescentes y al módulo 4 en adultos.

3 Es el módulo que el corpus asocia a la fluidez verbal en niños y adolescentes; para los adultos con lenguaje fluido se usa el 4.

4 El módulo T es el que el ADOS-2 añadió para los niños más pequeños, de 12 a 30 meses.

Ojo. El corpus no describe los módulos 1 y 2 ni la condición de estar aún en edad de jugar con juguetes; esos detalles están en el manual del ADOS-2 (Lord et al., 2015, TEA Ediciones), que no está en el corpus.

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. 31, pág. 210. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, pág. 686. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 21, pág. 519. Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Cap. 19, apdo. 2.4.1, y cap. 20, apdo. 2.4.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Izquierdo (Ampliación) y Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 32

16

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

La Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite-Revisada (DIB-R; Zanarini et al., 1989), utilizada para la evaluación del trastorno límite de la personalidad, está compuesta por cuatro escalas o áreas generales. ¿Cuál de las siguientes opciones NO forma parte de esta entrevista?:

1. Inestabilidad. ✓
2. Impulsividad.
3. Afecto.
4. Relaciones interpersonales.

La DIB-R evalúa afecto, cognición, patrones impulsivos de acción y relaciones interpersonales

Belloch presenta la **Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite Revisada** (DIB-R; Zanarini et al., 1989) como una de las entrevistas diseñadas para diagnosticar específicamente el trastorno de la personalidad límite, considerada el instrumento científico internacional estándar en su investigación. En la **tabla 14.3** aparece con **132 ítems** y cuatro áreas: afecto, cognición, **patrones impulsivos de acción** y relaciones interpersonales. La inestabilidad no es ninguna de ellas.

1. No figura entre las cuatro áreas de la DIB-R.
2. La impulsividad corresponde al área de patrones impulsivos de acción.
3. El afecto es la primera de las cuatro áreas.
4. Las relaciones interpersonales son la cuarta área.

> **Trampa.** En la continuación de la misma tabla, la inestabilidad afectiva aparece como escala de otro instrumento, el Borderline Personality Questionnaire (BPQ), y por eso suena familiar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, tabla 14.3, págs. 453-454.

EN EL ATLAS

Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

17 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

En relación con los métodos de evaluación utilizados en el trastorno bipolar (TB):

1 La escala de Young para la manía (YMRS) resulta apropiada también para valorar TB tipo II.

2 El registro gráfico de la intensidad de los síntomas durante un periodo de tiempo considerable permite desarrollar un gráfico vital que puede servir para mejorar la conciencia del problema por parte del paciente. ✓

3 La lista de valoración de hipomanía (HCL32) resulta útil para el diagnóstico de TB tipo I.

4 En general, el diagnóstico de fases maníacas es sencillo, puesto que el paciente suele identificar claramente los síntomas como problema.

El gráfico vital registra a diario la intensidad de los síntomas y mejora la conciencia de enfermedad

Para medir los cambios y fluctuaciones de los trastornos bipolares, Belloch describe un método sencillo en el que el paciente y sus familiares señalan cada día, en una **línea de 100 milímetros**, la intensidad del estado de ánimo, del sueño, de la actividad o de otros síntomas propios del paciente. Esta técnica permite desarrollar un **gráfico vital** (life chart) que puede servir para mejorar la **conciencia de enfermedad**. El manual advierte además de que la **manía** es difícil, o imposible, de evaluar con autoinformes o autorregistros.

1 La YMRS tiene once ítems que evalúan síntomas de manía, y por eso el manual dice que no resulta muy apropiada para el trastorno bipolar II.

2 Es el gráfico vital o life chart que describe el manual.

3 La HCL-32 sirve para identificar períodos de hipomanía en pacientes diagnosticados de depresión, y es útil para saber si una depresión aparentemente unipolar es un trastorno bipolar II.

4 La sintomatología maníaca suele asociarse a una escasa conciencia de padecer un trastorno, lo que dificulta mucho la entrevista diagnóstica. Por eso la manía requiere la evaluación de un observador.

Para fijarlo. La YMRS mide la manía, la HCL-32 busca hipomanías pasadas en quien llega deprimido y el gráfico vital dibuja el curso.

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. 248-249.

EN EL ATLAS: Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

18 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo Revisar

Respuesta correcta: 1

Cuando una persona obtiene una puntuación directa de 0 en una de las escalas del WAIS-IV, ¿qué podemos concluir?:

1 Refleja que la aptitud del sujeto no puede determinarse por el conjunto de ítems de la prueba. ✓

2 No es posible obtener una puntuación directa de 0, ya que el rango de posibles puntuaciones va de 1 a 19.

3 Si la puntuación directa de 0 se produce en Vocabulario no se puede calcular el Índice de Comprensión Verbal.

4 Es obligatorio sustituir el Índice de CI total por el Índice de Capacidad General.

Una puntuación directa de 0 indica que los ítems de la prueba no permiten estimar la aptitud

En las escalas de Wechsler, las **puntuaciones directas** de cada test se convierten mediante los baremos en **puntuaciones escalares**, que tienen media 10 y desviación típica 3; después se suman para obtener los **índices** y el **CI total**, que el manual considera la medida más válida de la aptitud cognitiva general. Una directa de 0 significa que la persona no ha resuelto ningún ítem, y la clave entiende que entonces el conjunto de ítems no permite situar su aptitud. Moreno Rosset no trata este caso de forma expresa; la clave remite al **manual de aplicación** del WAIS-IV.

1 Es la clave. Si no resuelve ningún ítem, la prueba no permite situar su aptitud, aunque los manuales del Atlas no lo dicen con estas palabras.

2 Confunde las puntuaciones directas con las escalares, que son las que se distribuyen con media 10 y desviación típica 3.

3 El manual describe la conversión de las puntuaciones directas en escalares mediante los baremos y no dice que una directa de 0 impida calcular el Índice de Comprensión Verbal.

4 El Índice de Capacidad General es opcional. Puede ser útil en sujetos con ciertas afecciones neuropsicológicas, como trastornos del aprendizaje o de la memoria, pero no sustituye de forma obligada al CI total.

Ojo. La clave depende de cómo interpreta el manual del WAIS-IV una puntuación directa de 0, y ese manual no está en el corpus. Moreno Rosset solo describe el paso de las directas a las escalares, los índices y el CI total.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 438-440; cap. 4, pág. 166.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 27

19 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes pruebas sería válida para valorar praxias constructivas y, en caso de existir, podría detectar fenómenos como la heminegligencia?:

1. Test del reloj. ✓
2. Test de fichas (Token test).
3. Test conductual de memoria de Rivermead (RBMT).
4. Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT).

El test del reloj mide praxias constructivas y puede poner de manifiesto una heminegligencia

En el caso de deterioro cognitivo de Fernández-Ballesteros, el **cuadro 11.6** ordena los instrumentos por funciones: el **test del reloj** figura en la **praxis constructiva** y el test de Rivermead, en la memoria. Más adelante el manual lo describe como una prueba que mide **praxias constructivas y habilidades visomotoras**. Tirapu y colaboradores, al tratar la evaluación de la **negligencia**, explican que una prueba de lápiz y papel consiste en dibujar un reloj, una estrella o una flor, y que el paciente negligente **solo dibuja el lado derecho**.

1. Mide praxias constructivas y, en un paciente con negligencia, deja ver la omisión de un lado del dibujo.
2. El test de fichas (Token Test) figura entre las pruebas de lenguaje en la tabla de tests neuropsicológicos de Caballo.
3. El test conductual de memoria de Rivermead aparece en el cuadro 11.6 dentro de la evaluación de la memoria.
4. El PASAT es una prueba de atención, que Tirapu cita para evaluar la velocidad de procesamiento y la atención selectiva.

Para fijarlo. Al paciente con negligencia le sale medio reloj, porque solo dibuja el lado derecho.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 11, cuadro 11.6, pág. 364, y pág. 369. Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú Unturbe, F. (2011). Manual de neuropsicología (2.ª ed.). Viguera. Cap. 2, págs. 44-45. 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, tabla 25.5, pág. 659.

EN EL ATLAS

Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación) y Caballo Evaluación (Base).

20

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 4

El estilo personal del terapeuta es un constructo que se puede evaluar mediante el Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). En este sentido, el EPT-C es un instrumento de medida que:

1. Cuenta con una dilatada trayectoria de investigación psicométrica, incluida una validación y estandarización en inglés.
2. Cuenta con una dilatada trayectoria de investigación psicométrica, pero sólo incluye validaciones y estandarizaciones en Latinoamérica.
3. Cuenta con diferentes validaciones y estandarizaciones que confluyen en una solución pentafactorial en todos los casos.
4. Cuenta con una dilatada trayectoria de investigación psicométrica, incluida una validación en España que presenta una solución pentafactorial compuesta por 20 ítems. ✓

La validación española del EPT-C llegó a una solución de cinco factores y 20 ítems

Prado-Abril y colaboradores (2019) presentan el **EPT-C** como un instrumento con más de **20 años** de desarrollos teóricos y empíricos, sobre todo en **Latinoamérica**. Su validación preliminar se hizo con psicoterapeutas argentinos, y después hubo adaptaciones para población **chilena, brasileña y portuguesa**. En la **validación española**, con 350 psicólogos clínicos, se hicieron 7 análisis factoriales confirmatorios hasta dar con una **solución de 5 factores y 20 ítems**, la que presentó los mejores índices de ajuste y de consistencia interna.

1. El artículo no menciona ninguna validación en inglés; las que cita son la argentina original y las adaptaciones chilena, brasileña y portuguesa.
2. La adaptación portuguesa y la propia validación española muestran que no se limita a Latinoamérica.
3. No todas las soluciones son pentafactoriales. Quiñones, Melipillán y Ramírez (2010) organizaron los 36 ítems en 4 factores en una muestra chilena.
4. Recoge el resultado de la validación española, con cinco factores y 20 ítems.

Para fijarlo. En España, cinco factores y veinte ítems; en Chile, cuatro factores.

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. Págs. 131-132 y 135.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 19

21

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 3

En relación con las listas de rasgos o registros observacionales de conductas:

1. Constituyen un listado de diferentes conductas que pertenecen a múltiples dimensiones y son mutuamente excluyentes entre sí.
2. Disponemos de tres tipos: Catálogos, Repertorios y Matrices de Interacción.
3. Los Catálogos son listas siempre abiertas que se usan para la construcción de formatos de campo. ✓
4. Los Repertorios tienen garantía de exhaustividad.

Los catálogos son listas siempre abiertas que sirven para construir formatos de campo

Moreno Rosset describe las **listas de rasgos** como un listado de diferentes conductas que pertenecen a **una misma dimensión** y son **mutuamente excluyentes** entre sí. Hay dos tipos: los **catálogos**, para la construcción de formatos de campo, y los **repertorios**, para la construcción de sistemas de categorías. Los catálogos son listas siempre abiertas, en permanente estado de construcción. Un catálogo pasa a repertorio cuando supera una **prueba de cautela**, que consiste en comprobar que en un mínimo de tres sesiones consecutivas no aparece ninguna conducta nueva; desde entonces tiene una presunción, aunque no garantía, de exhaustividad.

1. Las conductas de una lista de rasgos son mutuamente excluyentes, pero pertenecen a una misma dimensión o subdimensión.
2. Las listas de rasgos son de dos tipos, catálogos y repertorios. Las matrices de interacción son otro tipo de registro, que se usa para observar la relación funcional entre conductas de distintas personas o grupos.
3. Coincide con el manual, que define los catálogos como listas siempre abiertas y los destina a construir formatos de campo.
4. Los repertorios tienen una presunción de exhaustividad, aunque no garantía.

Trampa. La opción 4 cambia una sola palabra del manual, «presunción» por «garantía».

Para fijarlo. El catálogo sigue abierto hasta que pasan tres sesiones seguidas sin conductas nuevas; entonces sube a repertorio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 263.

EN EL ATLAS: Tema E5 · La observación sistemática. Se estudia con Moreno Rosset (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 183, PIR 2022 · n.º 127, PIR 2023 · n.º 20

22 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B13 · Trastorno adaptativo

Respuesta correcta: 2

Según la CIE-11, señale la alternativa FALSA sobre la escala "Adjustment Disorder-New Module" (ADNM) que evalúa el trastorno de adaptación:

1. Tiene dos formatos: la entrevista clínica estructurada y el cuestionario de autoinforme.
2. Evalúa los acontecimientos vitales estresantes que han ocurrido en los 3 años anteriores. ✓
3. Se evalúan los síntomas centrales del trastorno adaptativo y la posible sintomatología asociada (estado de ánimo deprimido, ansiedad, evitación, problemas de control de impulsos).
4. Evalúa el nivel de deterioro en distintas áreas de funcionamiento.

El ADNM empieza con un listado de acontecimientos estresantes frecuentes, sin límite de tres años

Belloch describe dos instrumentos para el trastorno de adaptación. El **Adjustment Disorder-New Module** (ADNM), elaborado por el grupo de **Maercker** siguiendo las directrices de la CIE-11, existe como entrevista clínica estructurada y como cuestionario de autoinforme. Comienza con un **listado de acontecimientos estresantes frecuentes**, evalúa los síntomas centrales del trastorno (la preocupación y el fracaso de adaptación) y la sintomatología asociada, mide el **deterioro** en las distintas áreas de funcionamiento y pregunta cuánto tiempo llevan los síntomas. Los acontecimientos vitales ocurridos en los **tres años anteriores** los evalúa otro instrumento, la **DIAD** (Cornelius et al., 2014).

1. Es verdadera, porque el ADNM está disponible como entrevista clínica estructurada y como cuestionario de autoinforme.
2. Es la afirmación falsa, porque el ADNM parte de un listado de acontecimientos estresantes frecuentes. Los ocurridos en los tres años anteriores los evalúa la DIAD.
3. Es verdadera, porque el ADNM evalúa los síntomas centrales y la sintomatología asociada que enumera la opción.
4. Es verdadera, porque el ADNM mide el nivel de deterioro en las distintas áreas de funcionamiento.

Trampa. El dato de los tres años es real, pero pertenece a la DIAD, que el manual describe en el párrafo anterior al ADNM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 337.

EN EL ATLAS: Tema B13 · Trastorno adaptativo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

23 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones NO es un autoinforme:

1 Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS; Haddock et al., 1999; González et al., 2003). ✓

2 Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985; Fonseca Pedrero et al., 2010).

3 Voice Power Differential Scale (VPDS; Birchwood et al., 2000).

4 Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQR; Chadwick et al., 2000; Robles García et al., 2004).

La PSYRATS es una entrevista estructurada y las otras tres escalas de voces son autoinformes

La **tabla 6.9** de Belloch recoge los instrumentos para evaluar los fenómenos alucinatorios y los factores de mantenimiento implicados, con el formato de cada uno. La **PSYRATS**, en su escala de alucinaciones auditivas (Haddock et al., 1999), es una **entrevista estructurada** que evalúa en once ítems las dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas. Los otros tres instrumentos son **autoinformes**: la LSHS-R evalúa fenómenos alucinatorios; el BAVQ-R, las creencias sobre las voces y los patrones de afrontamiento, y la VPDS, la diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente.

1. La tabla la clasifica como entrevista estructurada, con once ítems sobre las dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas.
2. La LSHS-R es un autoinforme de fenómenos alucinatorios, con cuatro factores que van de los pensamientos intrusos a las alucinaciones visuales y auditivas.
3. La VPDS es un autoinforme que mide la diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente.
4. El BAVQ-R es un autoinforme sobre las creencias acerca de las voces (malevolencia, benevolencia y omnipotencia) y los patrones de afrontamiento.

TABLA 6.9 DE BELLOCH (EXTRACTO): INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LAS ALUCINACIONES

Instrumento	Propiedades	Dominios de evaluación
Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R)	Autoinforme	Fenómenos alucinatorios
Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)	Entrevista estructurada	Dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas (once ítems)
Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R)	Autoinforme	Creencias sobre las voces y patrones de afrontamiento
Voice Power Differential Scale (VPDS)	Autoinforme	Diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.9, pág. 186 (extracto)

Para fijarlo. De las cuatro, solo la PSYRATS la pasa el clínico en entrevista; las demás las rellena quien oye las voces.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.9, pág. 186.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 110

24 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica | Revisar

Respuesta correcta: 3

Con respecto a la formulación del caso en la terapia cognitiva (Clark y Beck, 2012):

1. Persons y sus colaboradores (Persons, 1989; Persons y Davidson, 2001) elaboraron uno de los modelos más comprensivos, subrayando su naturaleza individualizada, dirigida por la práctica y generadora de hipótesis.
2. Persons y sus colaboradores (Persons, 1989; Persons y Davidson, 2001) elaboraron uno de los modelos más comprensivos, subrayando su naturaleza transdiagnóstica, dirigida por la teoría y generadora de hipótesis.
3. A menudo, el fracaso de un tratamiento con casos difíciles puede atribuirse a una conceptualización incompleta. ✓
4. Es fundamental que se dirija sin influencias teóricas.

El fracaso con casos difíciles se atribuye a menudo a una conceptualización incompleta del caso

La clave procede de Clark y Beck (2012), obra que no está en el corpus, según los cuales el fracaso de un tratamiento con casos difíciles puede atribuirse a menudo a una **conceptualización incompleta** o mal guiada del caso. En el Atlas, Muñoz, Ausín y Panadero describen el **modelo cognitivo-conductual de formulación del caso** de Jacqueline **Persons**, formada en el grupo de Beck. Su sistema inicial incluía unas **hipótesis de trabajo** que guían el resto de la evaluación y el tratamiento, y estaba **guiado por una teoría muy concreta**, con un papel causal de las cogniciones. Eso basta para descartar las opciones que hablan de una formulación dirigida por la práctica o sin influencias teóricas.

1. Muñoz y colaboradores describen el sistema de Persons como guiado por una teoría muy concreta, con las cogniciones en un papel causal, de modo que no puede definirse como dirigido por la práctica.
2. Según Clark y Beck, la formulación de Persons es individualizada, y el carácter transdiagnóstico no figura en su descripción. Los manuales del Atlas no permiten comprobar este matiz.
3. Es la clave. Clark y Beck atribuyen a menudo el fracaso con casos difíciles a una conceptualización incompleta o mal guiada del caso.
4. En el modelo de Persons, que procede del grupo de Beck, la formulación está guiada por una teoría concreta, así que no se dirige sin influencias teóricas.

Ojo. Clark y Beck (2012) no está en el corpus. Con Muñoz, Ausín y Panadero se descartan las opciones 1 y 4, pero no se pueden comprobar la clave ni el matiz de la opción 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 5, págs. 226-227. La clave procede de Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclée de Brouwer, que no está en el corpus.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 20

25 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 2

En relación con las técnicas de escucha activa no directivas, ¿cuál tiene como objetivo ayudar a la autoexploración del entrevistado suponiendo que es frecuente que se relacione con el clínico del mismo modo?:

1 Interpretación.

2 Inmediatez. ✓

3 Autorrevelación.

4 Afirmación de la capacidad.

La inmediatez ayuda a la autoexploración porque el paciente suele tratar al clínico como trata a los demás

Belloch recoge en la **tabla 4.2** los objetivos de las **técnicas no directivas**, que se realizan desde el marco de referencia del entrevistado. Entre los de la **inmediatez** figura, con las mismas palabras del enunciado, ayudar a la autoexploración del entrevistado, dado que es frecuente que se relacione con el clínico del mismo modo que lo hace con otras personas significativas. La técnica consiste en hacer explícito lo que está ocurriendo en ese momento respecto al clínico, la situación o la relación. La interpretación y la afirmación de la capacidad son técnicas **directivas** (tabla 4.3).

1. La interpretación es una técnica directiva, que da explicaciones alternativas a los problemas del paciente desde el marco de referencia del clínico.
2. Es uno de los objetivos que la tabla 4.2 atribuye a la inmediatez.
3. La autorrevelación es no directiva, pero sus objetivos son otros, como equilibrar el poder entre entrevistador y paciente, facilitar la apertura de la persona o modelar nuevas conductas.
4. La afirmación de la capacidad es directiva y busca que el paciente tome conciencia de su propia capacidad y se motive para una actividad.

TIPO Y UN OBJETIVO DE CADA TÉCNICA DE LAS OPCIONES

Técnica	Tipo	Un objetivo según el manual
Interpretación	Directiva	Contribuir a que el paciente comprenda mejor su problema desde un marco de referencia distinto al suyo
Inmediatez	No directiva	Ayudar a la autoexploración del entrevistado dado que es frecuente que se relacione con el clínico del mismo modo que lo hace con otras personas significativas
Autorrevelación	No directiva	Hacer que la persona se sienta comprendida
Afirmación de la capacidad	Directiva	Ayudar a la toma de conciencia de su propia capacidad

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 4, tablas 4.2 y 4.3, págs. 100-101

Ojo. Belloch incluye la autorrevelación y la inmediatez entre las técnicas no directivas, aunque advierte de que algunos autores las consideran directivas o mixtas.

Para fijarlo. La inmediatez trabaja el aquí y ahora de la relación, porque lo que pasa con el clínico suele repetir lo que pasa fuera.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, tablas 4.2 y 4.3, págs. 99-102.

EN EL ATLAS: Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 123, PIR 2024 · n.º 13

26

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes instrumentos permite evaluar la percepción social en niños?:

1 Escala de Aptitudes Intelectuales, BAS-II.

2 Batería de Diagnóstico Neuropsicológico Infantil de Luria, DNI.

3 Escala de Inteligencia no verbal Leiter-R.

4 Batería Neuropsicológica Infantil, NEPSY-II. ✓

La NEPSY-II incluye la percepción social entre sus seis dominios

La **NEPSY-II** evalúa el funcionamiento neuropsicológico de niños y adolescentes en **seis dominios**: atención y función ejecutiva, lenguaje, memoria y aprendizaje, **percepción social**, procesamiento visoespacial y sensoriomotor. La percepción social tiene dos subescalas, **reconocimiento de emociones** y **teoría de la mente**, que Izquierdo cita entre los instrumentos para evaluar el TEA, aplicables desde los tres años hasta los dieciséis años y once meses. El **BAS-II**, en cambio, ofrece índices de aptitud intelectual, y ninguno corresponde a la percepción social.

1 El BAS-II calcula índices de aptitud intelectual (general, general no verbal, verbal, razonamiento perceptivo o no verbal y espacial), sin ninguno de percepción social.

2 Enseñat describe la batería Luria-DNI (Manga y Ramos) como una medida de nueve dominios cognitivos (motricidad manual, audición, tacto y cinestesia, visión, habla receptiva, habla expresiva, lectura y escritura, y memoria), y ninguno es la percepción social.

3 La Leiter-R aparece en Izquierdo como escala manipulativa internacional de Leiter revisada, una batería manipulativa de aplicación individual que evalúa la inteligencia no verbal. No figura como prueba de percepción social.

4 La percepción social es uno de los seis dominios de la NEPSY-II, con las subescalas de reconocimiento de emociones y teoría de la mente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Consejo General de la Psicología de España (2016). Evaluación de la NEPSY-II (ronda de evaluación de tests de 2016). Págs. 3 y 6. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 31, pág. 210; cap. 22, tabla 22.4, pág. 151. Enseñat Cantallops, A., Roig Rovira, T. y García Molina, A. (coords.) (2023). Neuropsicología del desarrollo. Síntesis. Cap. 5, pág. 126. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, tabla 12.2, pág. 433.

EN EL ATLAS Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Se estudia con NEPSY-II (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 73, PIR 2024 · n.º 31

27

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo · Revisar

Respuesta correcta: 4

En relación con la evaluación psicológica mediante las escalas WISC-V:

1. El CI Total se obtiene tomando las puntuaciones escalares de 10 subescalas.
2. Una puntuación en comprensión verbal significativamente mayor que la de memoria de trabajo permite confirmar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención.
3. Una puntuación por debajo de 70 en la escala de CI Total nos indica que existe una discapacidad intelectual.
4. Una diferencia significativa entre el índice de competencia cognitiva y el índice de capacidad cognitiva orienta hacia dificultades atencionales. ✓

Una discrepancia entre los índices de capacidad general y de competencia cognitiva orienta hacia dificultades atencionales

En el **WISC-V**, las escalas secundarias dan lugar, entre otros, al **Índice de capacidad general** (ICG) y al **Índice de competencia cognitiva** (ICC). Izquierdo presenta un caso en el que el ICG se ajusta al promedio y es discrepante de forma significativa del ICC, que registra dificultades acusadas, con valores muy bajos en **memoria de trabajo** y **velocidad de procesamiento**. Los manuales del Atlas no formulan como regla que esa discrepancia oriente hacia problemas de atención, y la clave se apoya en esa lectura de los índices. Las opciones 2 y 3 fallan porque convierten una puntuación en un **diagnóstico**.

1. Moreno Rosset enumera diez test principales para calcular las escalas primarias, pero no precisa cuántas puntuaciones escalares entran en el CI total, de modo que el corpus no permite comprobar este distractor.
2. Una diferencia entre índices no confirma un TDAH, que se diagnostica por sus criterios clínicos. El DSM-5-TR recuerda que no existe ningún marcador biológico diagnóstico del trastorno.
3. El DSM-5-TR exige, además de las deficiencias intelectuales, deficiencias del comportamiento adaptativo, y sitúa el punto de referencia en 65-70 al contar el error de medida. Un CI por debajo de 70 no basta para diagnosticar discapacidad intelectual.
4. Es la clave, coherente con el caso de Izquierdo en el que la discrepancia entre ICG e ICC acompaña a una memoria de trabajo y una velocidad de procesamiento muy bajas.

Ojo. Ningún manual del Atlas dice que la discrepancia entre ICG e ICC oriente hacia problemas atencionales ni detalla qué tests forman cada índice o el CI total. Esos datos están en el manual técnico del WISC-V, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 437-438. 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. 20, pág. 133. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 37-38, 42 y 72.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 61, PIR 2019 · n.º 177, PIR 2023 · n.º 170, PIR 2024 · n.º 18, PIR 2025 · n.º 24

28 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes instrumentos puede utilizarse para valorar el nivel madurativo de un menor?:

1 Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F). ✓

2 The Story Stem Assessment Profile (SSAP).

3 The Children's Global Assessment Scale (CGAS).

4 Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ).

El T2F evalúa el nivel madurativo a partir del dibujo de dos figuras humanas

Moreno Rosset presenta el **T2F**, el test del dibujo de dos figuras humanas de **Maganto y Garaigordobil** (2009), con un doble objetivo: evaluar el **nivel madurativo-mental** y los **problemas emocionales** en niños de 5 a 12 años. Responde a la demanda educativa de un instrumento breve para un cribado rápido del retraso madurativo escolar. Se apoya en la tradición del test de **Goodenough**, que obtiene un índice de madurez intelectual porque, a medida que el niño se desarrolla, va añadiendo elementos en calidad o cantidad a sus dibujos de la figura humana.

1 Es la prueba que el manual describe para evaluar el nivel madurativo-mental, además de los problemas emocionales.

2 La SSAP evalúa los modelos internos de apego mediante historias incompletas. Izquierdo advierte que este tipo de instrumentos no tiene carácter diagnóstico y sirve para valorar la calidad del apego.

3 La CGAS sintetiza en una sola puntuación, de 1 a 100, el nivel de funcionamiento más bajo de niños y adolescentes de 4 a 16 años.

4 El SDQ es un instrumento de cribado de problemas emocionales, conductuales, de hiperactividad, de relación con los compañeros y de comportamiento prosocial.

Para fijarlo. Cuanto más crece el niño, más detalles pone en la figura humana, y por eso el dibujo sirve de regla madurativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 402. 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. 36, pág. 244. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 2, pág. 97. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, pág. 290.

EN EL ATLAS

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

29 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes factores debemos valorar de manera específica en un caso de trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y la adolescencia?:

1. La acomodación familiar. ✓
2. Los antecedentes de tratamiento en salud mental de los padres.
3. El nivel de rendimiento académico.
4. Las dificultades para la interacción social.

En el TOC infantil hay que valorar cómo se acomoda la familia a los rituales

En el capítulo de Fonseca sobre el TOC en niños y adolescentes, la evaluación empieza con una entrevista general que recoge, entre otros datos, los antecedentes familiares de enfermedad física y mental y el funcionamiento social, familiar y académico. Después se busca la información necesaria para el tratamiento (**tabla 17.2**), y uno de sus puntos es la implicación de las obsesiones y compulsiones en la vida familiar, por ejemplo el **acomodamiento de los padres** a la conducta del niño, normalizando rituales y participando en ellos. El manual explica que la **acomodación familiar** refuerza la evitación, **mantiene los síntomas** y se asocia a peores resultados del tratamiento.

1. Es el factor propio del TOC que recoge la tabla 17.2 y que el manual vincula al mantenimiento de los síntomas.
2. Los antecedentes familiares de enfermedad mental se recogen en la entrevista clínica general, como en cualquier otro problema.
3. El funcionamiento académico forma parte de la información general que se recoge al inicio, sin ser propio del TOC.
4. El funcionamiento social es otro dato de la entrevista general, que no distingue el TOC de otros problemas.

Ojo. La tabla 17.2 menciona también las consecuencias académicas, sociales y familiares del problema, así que las opciones 3 y 4 no son ajenas a la evaluación. Lo que las descarta es que la pregunta pide el factor propio del TOC.

Para fijarlo. Si los padres repiten el ritual o contestan una y otra vez a la misma pregunta, el TOC tiene un aliado en casa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 17, págs. 531 y 533.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 39

30

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes instrumentos está indicado para evaluar estados de alto riesgo de psicosis?:

1. PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia).
2. SIPS (Structured Interview for Prodromal Syndromes). ✓
3. K-SADS-PL (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version).
4. BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms).

Para diagnosticar un estado mental de alto riesgo hay que cumplir los criterios de la SIPS o de la CAARMS

Fonseca-Pedrero ordena los instrumentos por dominios en la **tabla 1.4** de su manual de evaluación: la **SIPS** y la **CAARMS** figuran en el dominio de **riesgo de psicosis**, la PANSS entre las escalas de síntomas positivos y la BSABS en el de alteraciones del yo y **síntomas básicos**. En el manual de tratamientos de infancia y adolescencia añade una recomendación expresa, según la cual para el «diagnóstico» de un **estado mental de alto riesgo** se tienen que cumplir los criterios de las entrevistas SIPS o CAARMS. La SIPS incluye la SOPS, los criterios del trastorno esquizotípico, un cuestionario de antecedentes familiares y una versión de la GAF.

1. La PANSS aparece entre las escalas de síntomas positivos, fuera del dominio de riesgo de psicosis.
2. Es una de las dos entrevistas cuyos criterios se exigen para el diagnóstico de un estado mental de alto riesgo.
3. La K-SADS-PL es una entrevista que evalúa la psicopatología general en menores de 6 a 18 años, sin especializarse en un trastorno concreto.
4. La BSABS evalúa los síntomas básicos, un enfoque complementario que el manual separa de los tres grupos del paradigma de alto riesgo.

TABLA 1.4 DE FONSECA-PEDRERO (EXTRACTO): INSTRUMENTOS POR DOMINIO

Dominio	Instrumentos
Síntomas positivos	Brief Psychiatric Rating Scale, Positive and Negative Syndrome Scale, Scale for the Assessment of Positive Symptoms, Psychotic Symptom Rating Scales
Riesgo de psicosis	Structured Interview for Prodromal Syndromes, Comprehensive Assessment of At Risk Mental States
Alteraciones del yo y síntomas básicos	Examination of Anomalous Self-Experiences, Inventario Psicopatológico de Frankfurt, Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms

Fuente: Fonseca-Pedrero (2018), cap. 1, tabla 1.4, pág. 57 (extracto)

Ojo. La tabla 24.4 de Fonseca I/A incluye la BSABS entre los instrumentos del paradigma de alto riesgo clínico y psicométrico, en el apartado de síntomas básicos, y el capítulo define un cuarto grupo de riesgo basado en ellos. Por eso la opción 4 tiene cierta defensa; lo que inclina la clave es que el diagnóstico de un estado mental de alto riesgo exige los criterios de la SIPS o de la CAARMS.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 1, tabla 1.4, pág. 57. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 24, págs. 772-773 y 781-782. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 129.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Evaluación Psicosis (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 26

31

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Uno de los índices de aptitud intelectual que evalúa el BAS-II es el Índice Verbal. ¿Con qué pruebas se calcula este índice?:

1 Copia y cubos.

2 Comprensión verbal y nominación. ✓

3 Conceptos numéricos y comprensión verbal.

4 Semejanzas y fluidez verbal.

En el BAS-II Infantil el Índice Verbal se calcula con Comprensión verbal y Nominación

Moreno Rosset relaciona los test del **BAS-II** con el **modelo CHC** en la figura 12.3, referida al BAS-II Infantil de 3:6 a 5:11 años. En el estrato III se sitúa el factor «g» o capacidad general; en el II, las aptitudes intelectuales de segundo orden, que corresponden a los índices Verbal, Razonamiento perceptivo y Espacial, y en el I, las aptitudes que forman cada una. El **Índice Verbal** reúne el lenguaje receptivo, que se evalúa con el test de **Comprensión verbal**, y el lenguaje expresivo, que se evalúa con el de **Nominación**.

1 Copia y Cubos son los test del Índice Espacial.

2 Son los dos test del Índice Verbal, uno para el lenguaje receptivo y otro para el expresivo.

3 Conceptos numéricos pertenece al Índice de Razonamiento perceptivo, junto con Semejanzas gráficas.

4 Entre los 21 test del BAS-II no hay ninguno de fluidez verbal.

Ojo. La figura 12.3 corresponde al BAS-II Infantil (3:6 a 5:11 años). Para el BAS-II Escolar el manual no detalla qué test forman cada índice.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, figura 12.2, pág. 434, y figura 12.3, pág. 435.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 77, PIR 2024 · n.º 26

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes conductas se corresponde con una manifestación temprana de alerta para detectar el TEA entre los 12 y los 18 meses de edad?:

1 Inversión pronominal.

2 Regresión o pérdida de habilidades comunicativas. ✓

3 Dificultad para comprender las normas sociales.

4 Dificultad para comprender dobles sentidos.

Entre los 12 y los 18 meses, perder habilidades comunicativas es una señal de alerta de TEA

Fonseca recoge que las primeras manifestaciones del autismo empiezan a observarse desde el año o año y medio, y que desde el año en adelante los estudios con casos de alto riesgo informan de forma más consistente de fallos en la interacción social y en el lenguaje. Su **tabla 6.3**, de manifestaciones tempranas de alerta **entre los 12 y los 18 meses**, incluye en el área del lenguaje la **regresión o pérdida de habilidades comunicativas**, incluido el uso de palabras, y en la comunicación social, la pérdida del «enganche socio-emocional». El DSM-5-TR añade que la pérdida de capacidades sociales o de lenguaje suele ocurrir **entre los 12 y los 24 meses**.

1. La inversión pronominal, usar el «tú» para referirse a uno mismo, es una forma de habla repetitiva que el DSM-5-TR incluye entre los síntomas del TEA. Supone ya un lenguaje con pronombres y no figura entre las señales de alerta de 12 a 18 meses.
2. Es una de las manifestaciones tempranas de alerta que la tabla 6.3 recoge en el área del lenguaje.
3. Comprender las normas sociales no aparece entre las señales de 12 a 18 meses, que se centran en la mirada, la atención conjunta, la sonrisa social o la respuesta al nombre.
4. Comprender dobles sentidos supone un lenguaje elaborado y tampoco figura en la tabla de señales tempranas.

TABLA 6.3 DE FONSECA (EXTRACTO): SEÑALES DE ALERTA DE TEA ENTRE LOS 12 Y LOS 18 MESES

Área	Señales de alerta (extracto)
Comunicación social	Reducción o presencia de anomalías en el uso de la mirada y de la atención conjunta, las sonrisas sociales o recíprocas y las respuestas de orientación al nombre. Regresión o pérdida del «enganche socio-emocional»
Lenguaje	Retraso o anomalías en el balbuceo, el lenguaje expresivo y receptivo y la adquisición y uso de gestos. Regresión o pérdida de habilidades comunicativas (incluyendo el uso de palabras)

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 6, tabla 6.3, pág. 196 (extracto)

Para fijarlo. Antes de los dos años alarma más lo que se pierde o no aparece, como la mirada compartida, la sonrisa social o las primeras palabras.

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. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 61 y 63.

EN EL ATLAS Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Fonseca I/A no es fuente de este tema. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 183, PIR 2023 · n.º 188

33 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

En relación con el Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A):

1 Su autor es Butcher.

2 Contiene cinco escalas de consideraciones para el tratamiento: agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento. ✓

3 Está diseñado para la evaluación de la personalidad y la psicopatología en adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

4 Contiene dos escalas de relaciones interpersonales: Dominancia y Extraversión.

El PAI-A conserva las cinco escalas de consideraciones para el tratamiento del PAI

Moreno Rosset explica que el **PAI-A**, también de **Leslie C. Morey**, contiene **264 ítems** para evaluar la personalidad y la psicopatología en adolescentes **de 12 a 18 años**, con las mismas 22 escalas del PAI: 4 de validez, 11 clínicas, 5 de consideraciones para el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales. Según la **tabla 13.8**, las escalas relacionadas con el tratamiento son agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento, y las de relaciones interpersonales, dominancia y **afabilidad**.

1 El autor del PAI-A es Leslie C. Morey. Butcher es el autor del MMPI-A.

2 Son las cinco escalas de consideraciones para el tratamiento que recoge la tabla 13.8.

3 El rango de edad es de 12 a 18 años.

4 Las dos escalas de relaciones interpersonales son dominancia y afabilidad.

TABLA 13.8 DE MORENO ROSSET: ESCALAS DEL PAI, QUE COMPARTE EL PAI-A

Grupo de escalas	Escalas
Validez	Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa, Impresión positiva
Clínicas	Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol, Problemas con las drogas
Relacionadas con el tratamiento	Agresión, Ideaciones suicidas, Falta de apoyo social, Estrés, Rechazo al tratamiento
Relaciones interpersonales	Dominancia, Afabilidad

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 13, tabla 13.8, pág. 478

Trampa. La opción 4 cambia la afabilidad por la extraversión, y la 3 sube la edad mínima de 12 a 14 años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, tabla 13.8, pág. 478, y págs. 480 y 486.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 111, PIR 2023 · n.º 25

34 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad | Revisar

Respuesta correcta: 1

La Entrevista Estructurada para la Organización de la Personalidad-Revisada (STIPO-R) evalúa cinco dimensiones o ámbitos de contenido. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es evaluada por este instrumento?:

1. Inestabilidad afectiva. ✓
2. Identidad.
3. Agresión.
4. Valores morales.

La STIPO-R no incluye la inestabilidad afectiva entre sus cinco ámbitos

La pregunta se basa en la propia entrevista, que no está en el corpus del Atlas. La **STIPO-R** (Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg) parte de la teoría de **Kernberg** sobre la **organización de la personalidad** y sirve para clasificar sus niveles. Según la descripción de la entrevista, evalúa cinco ámbitos: identidad, relaciones objetales, defensas, agresión y valores morales. La inestabilidad afectiva no figura entre ellos.

1. No es uno de los cinco ámbitos de la STIPO-R.
2. La identidad es uno de los cinco ámbitos.
3. La agresión es otro de los ámbitos evaluados.
4. Los valores morales completan la lista de ámbitos.

Ojo. Ningún manual del Atlas describe los cinco ámbitos de la STIPO-R; Díaz-Garrido et al. (2024, vol. II, pág. 262) solo la citan como entrevista semiestructurada que evalúa de forma fiable la organización de la personalidad. Falta el manual de la propia entrevista (Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

No está en el corpus del Atlas. Fuente: Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L. y Kernberg, O. F. Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R). En el corpus la menciona Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Pág. 262.

EN EL ATLAS

Tema B20. Díaz-Garrido no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 128

35 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 3

Según la Children's Global Assessment Scale (CGAS), ¿en qué rango de puntuación situaríamos a un menor en el que queremos reflejar un deterioro importante en el funcionamiento de varias áreas?:

1 81-90.

2 61-70.

3 31-40. ✓

4 11-20.

En la CGAS, el tramo de 31 a 40 corresponde a un deterioro importante en varias áreas

Vallejo y Rodríguez presentan la **CGAS** como una medida unidimensional del nivel de funcionamiento más bajo de niños y adolescentes de **4 a 16 años**, que el clínico puntúa de 1 (máximo deterioro) a 100; por encima de 70 el funcionamiento es normal. Carrasco Ortiz y colaboradores la recogen como la **versión para niños de la EEAG**, la escala de evaluación de la actividad global del DSM-IV. En la EEAG, el tramo **31-40** corresponde a una **alteración importante en varias áreas**, como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo, y el manual pone el ejemplo de un niño que golpea a otros más pequeños, es desafiante en casa y deja de ir a la escuela.

1. Una puntuación de 81 a 90 está por encima de 70, donde el manual sitúa el funcionamiento normal; en la EEAG ese tramo corresponde a síntomas ausentes o mínimos y buena actividad en todas las áreas.
2. En la EEAG, el tramo 61-70 recoge algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, con un funcionamiento en general bastante bueno.
3. Es el tramo que la EEAG, de la que la CGAS es la versión para niños, reserva a la alteración importante en varias áreas.
4. En la EEAG, el tramo 11-20 es más grave porque incluye algún peligro de causar lesiones, dejar a veces de mantener la higiene mínima o una alteración importante de la comunicación.

Ojo. Los descriptores de la propia CGAS no están en el corpus; se toman los de la EEAG del DSM-IV, de la que la CGAS es la versión para niños, y en el tramo 31-40 coinciden con el enunciado.

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. 2, pág. 97. Carrasco Ortiz, M. A., Ramírez Uclés, I. y Del Barrio Gándara, V. (eds.) (s. f.). Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos. Sanz y Torres. Cap. 1, pág. 16. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Evaluación multiaxial, escala de evaluación de la actividad global (EEAG), pág. 34.

EN EL ATLAS

Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

36

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J6 · Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes conceptos NO se considera una de las principales manifestaciones del egocentrismo intelectual en el periodo preoperatorio?:

1 Finalismo.

2 Realismo.

3 Conservación. ✓

4 Animismo.

La conservación llega con las operaciones concretas y queda fuera de las manifestaciones del egocentrismo

García Madruga y Delval describen el **egocentrismo intelectual** como una actitud característica del niño preoperatorio, que interpreta el mundo solo desde su propia perspectiva. El **cuadro 8.1** recoge sus principales manifestaciones: artificialismo, realismo, animismo y finalismo. La **conservación**, en cambio, supone apreciar que se mantienen las relaciones cuantitativas relevantes de una transformación pese a las deformaciones perceptivas, y Piaget la tomó como el mejor indicio de que se ha alcanzado el **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 realismo es la tendencia a atribuir existencia material y objetiva a fenómenos psicológicos y subjetivos, como los sueños.
3. La conservación es propia de las operaciones concretas, mientras que el niño preoperatorio todavía da respuestas no conservadoras.
4. El animismo es la tendencia a percibir como vivo todo lo que aparenta tener actividad propia, como las nubes que se mueven voluntariamente.

CUADRO 8.1 DE GARCÍA MADRUGA Y DELVAL: MANIFESTACIONES DEL EGOCENTRISMO INTELECTUAL

Manifestación	En qué consiste
Artificialismo	Tendencia a pensar en las cosas como creadas o construidas por los propios humanos, según un plan prefijado
Realismo	Tendencia a atribuir existencia material y «objetiva» a fenómenos de carácter psicológico y subjetivo
Animismo	Tendencia a percibir como «viviente» todo lo que aparenta tener actividad propia
Finalismo	Tendencia a creer que las cosas dependen de una causa última y un sentido u objetivo predeterminado

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 8, cuadro 8.1 (edición digital sin paginar)

Para fijarlo. Artificialismo, animismo, finalismo y realismo explican el mundo a la medida del niño; la conservación ya pide lógica operatoria.

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 3.1 (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 2023 · n.º 34

37 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 1

Según la investigación, ¿a qué edad se resuelve con seguridad la tarea de la "Falsa Creencia"?:

1 4-5 años. ✓

2 2-3 años.

3 6-7 años.

4 10-12 años.

La tarea de la falsa creencia se resuelve con seguridad hacia los 4-5 años

García Madruga y Delval presentan la tarea de la **falsa creencia** como el paradigma fundamental para determinar cuándo desarrolla el niño una **teoría de la mente**. En la versión de Sara y Eva, los niños pequeños fallan porque predicen que Sara buscará la canica en el bolso de Eva, donde realmente está, lo que se llama **error realista**. Según diversos estudios, en particular los de Wellman, hasta los **4-5 años** no se resuelve esta tarea con seguridad, y es a esa edad cuando puede considerarse completo el desarrollo de la teoría de la mente.

1. Es la edad que el manual da para resolver la tarea con seguridad.
2. A los 2-3 años los niños todavía cometen el error realista. El manual recoge que algunas tareas indirectas sugieren capacidades más tempranas, pero sitúa la resolución segura de la tarea clásica a los 4-5 años.
3. A los 6-7 años la tarea ya está resuelta, porque el salto evolutivo se observa hacia los 4-5.
4. Los 10-12 años quedan muy lejos del momento en que se resuelve la tarea.

Ojo. El manual recoge críticas a la tarea clásica, que podría ser demasiado difícil para los preescolares y ocultar un desarrollo más temprano. La pregunta pide la edad de resolución segura, y para eso el manual mantiene los 4-5 años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 7 (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 2014 · n.º 22, PIR 2025 · n.º 42

38 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 1

Señale cuál de las siguientes opciones hace referencia a la función de adaptación descrita por Piaget:

1 Es la forma en la que los niños manejan la nueva información sobre el entorno en base a lo que ya saben del mundo. ✓

2 Es el proceso por el cual se recibe nueva información y se incorpora a las estructuras cognoscitivas previas.

3 Consiste en ajustar las estructuras cognoscitivas previas para que acepten la nueva información.

4 Permite gobernar la forma en la que los niños piensan y se conducen en una situación particular.

Para Piaget, la adaptación es la forma de manejar la información nueva según lo que ya se sabe

Papalia y Martorell explican que, para Piaget, el desarrollo cognoscitivo sigue tres procesos relacionados: organización, adaptación y equilibrio. La **adaptación** es la forma en que los niños manejan la nueva información con base en lo que ya saben, y ocurre mediante dos procesos complementarios. La **asimilación** implica tomar nueva información e incorporarla a las estructuras cognoscitivas previas, y la **acomodación** consiste en ajustar las estructuras cognoscitivas para que acepten la nueva información. Los **esquemas**, en cambio, son modos de organizar la información sobre el mundo que gobiernan la forma en que los niños piensan y se conducen en una situación particular.

1 Recoge la definición de adaptación del manual.

2 Tomar nueva información e incorporarla a las estructuras cognoscitivas previas es la asimilación, uno de los dos procesos de la adaptación.

3 Ajustar las estructuras cognoscitivas para que acepten la nueva información es la acomodación, el otro proceso de la adaptación.

4 Gobernar la forma en que los niños piensan y se conducen en una situación particular es lo que el manual atribuye a los esquemas.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE PIAGET

Concepto	Definición del manual
Organización	La tendencia a crear categorías
Esquemas	Modos de organizar la información sobre el mundo, que gobiernan la forma en que los niños piensan y se conducen en una situación particular
Adaptación	La forma en que los niños manejaban la nueva información con base en lo que ya sabían
Asimilación	Tomar nueva información e incorporarla a las estructuras cognoscitivas previas
Acomodación	Ajustar las estructuras cognoscitivas para que acepten la nueva información
Equilibrio	Los niños luchaban por alcanzar un equilibrio entre sus estructuras cognoscitivas y las nuevas experiencias

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 2, pág. 30

Ojo. La 11.ª edición de Papalia (2009), Base del tema J1 en el Atlas, da la misma definición en el cap. 2, págs. 36-37, con el término «equilibración» en lugar de «equilibrio».

Trampa. Las opciones 2 y 3 definen bien la asimilación y la acomodación, pero son las dos partes de la adaptación, y la pregunta pide el proceso completo.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 47

39

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 2

Dentro de las teorías del desarrollo humano, señale la que plantea que los seres humanos poseen mecanismos de adaptación para sobrevivir que interactúan con el ambiente existente para determinar el comportamiento:

1. Teorías cognoscitivas.
2. Teorías sociobiológicas. ✓
3. Teorías contextuales.
4. Teorías del aprendizaje.

La perspectiva evolutiva o sociobiológica subraya los mecanismos de adaptación para sobrevivir

La **tabla 2.1** de Papalia y Martorell resume **cinco perspectivas** sobre el estudio del desarrollo humano. La **evolutiva/sociobiológica**, con la psicología evolutiva y la teoría del apego de **Bowlby**, parte de la premisa de que los seres humanos poseen **mecanismos de adaptación para sobrevivir**, que interactúan con el ambiente existente para determinar el comportamiento, la misma frase del enunciado. El texto añade que esta perspectiva, propuesta por **E. O. Wilson** (1975) e influida por la teoría darwiniana de la evolución, explica el valor de adaptación o supervivencia que tiene la conducta para un individuo o una especie.

1. En la tabla 2.1, la perspectiva cognoscitiva reúne la teoría de las etapas de Piaget, la sociocultural de Vygotsky y la del procesamiento de la información, centradas en los cambios cualitativos del pensamiento, las interacciones sociales y el procesamiento de símbolos.
2. Es la premisa básica que la tabla 2.1 atribuye a la perspectiva evolutiva/sociobiológica.
3. La perspectiva contextual, con la teoría bioecológica de Bronfenbrenner, explica el desarrollo por la interacción entre una persona en crecimiento y cinco sistemas circundantes de influencias contextuales entramadas.
4. En las teorías del aprendizaje, el ambiente controla la conducta o los niños aprenden en un contexto social por observación e imitación de modelos.

TABLA 2.1 DE PAPALIA Y MARTORELL (EXTRACTO): CINCO PERSPECTIVAS SOBRE EL ESTUDIO DEL DESARROLLO HUMANO

Perspectiva	Teorías importantes	Premisas básicas
De aprendizaje	Conductismo o teoría tradicional del aprendizaje (Pavlov, Skinner, Watson)	Las personas reaccionan; el ambiente controla la conducta
Cognoscitiva	Teoría de las etapas cognoscitivas de Piaget	Con el desarrollo ocurren cambios cualitativos del pensamiento
Contextual	Teoría bioecológica de Bronfenbrenner	El desarrollo ocurre por la interacción entre una persona en crecimiento y cinco sistemas circundantes de influencias contextuales entramadas
Evolutiva/sociobiológica	Psicología evolutiva; teoría del apego de Bowlby	Los seres humanos poseen mecanismos de adaptación para sobrevivir, que interactúa con el ambiente existente para determinar el comportamiento

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 2, tabla 2.1, pág. 24 (extracto)

Ojo. La 11.ª edición de Papalia (2009), Base del tema J1 en el Atlas, recoge lo mismo en el cuadro 2-1, pág. 30, con la redacción «mecanismos adaptativos para sobrevivir».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, tabla 2.1, pág. 24, y pág. 33.

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

40

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes habilidades se desarrolla durante el período sensoriomotor?:

1. La noción de número. ✓
2. La correlación.
3. La inferencia.
4. El descentramiento.

Para Piaget, la noción de número arranca al final del periodo sensoriomotor con el uso de símbolos

La **tabla 5.3** de Papalia y Martorell recoge seis hitos de la **etapa sensoriomotriz** (imitación, permanencia del objeto, desarrollo simbólico, categorización, causalidad y **número**). Desde la perspectiva de Piaget, el número depende del **uso de símbolos**, que se desarrolla en la **sexta subetapa** (18 a 24 meses); los descubrimientos más recientes indican que lactantes de incluso cinco meses reconocen y manipulan mentalmente números pequeños, aunque está en disputa la interpretación de esos resultados. La inferencia transitiva y la descentración aparecen más tarde en el manual. La primera es una característica de la tercera infancia, y la **centración**, la incapacidad para descentrar, es un aspecto inmaduro del pensamiento preoperacional.

1. El número figura entre los hitos de la etapa sensoriomotriz de la tabla 5.3, ligado al uso de símbolos en la sexta subetapa.
2. La correlación no aparece entre los hitos de la etapa sensoriomotriz que recoge la tabla 5.3.
3. El manual presenta la inferencia transitiva como una característica de la tercera infancia, dentro de la etapa de las operaciones concretas.
4. La descentración llega después, porque el preescolar todavía muestra centración, la incapacidad para descentrar que la tabla 7.5 cuenta entre los aspectos inmaduros del pensamiento preoperacional.

Ojo. La tabla 9.3 de Papalia y Martorell (pág. 267) incluye el número y las matemáticas entre los avances cognoscitivos de la tercera infancia. La pregunta se refiere a la perspectiva de Piaget sobre el periodo sensoriomotor, en la que la noción de número arranca con el uso de símbolos. La 11.ª edición (Papalia, 2009, cuadro 7-4, pág. 206) da los mismos hitos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA — Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, tabla 5.3, pág. 132; cap. 7, tabla 7.5, pág. 206; cap. 9, tabla 9.3, pág. 267, y pág. 268.

EN EL ATLAS — Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Ampliación).

41

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J7 · Desarrollo emocional, social y de la personalidad en la niñez

Respuesta correcta: 3

¿Qué teoría afirma que el menor organiza la información acerca de lo que se considera apropiado para cada género en base a lo que dicta una cultura particular y se autocategoriza en función del procesamiento de la información cultural?:

1 Teoría del desarrollo cognoscitivo.

2 Teoría psicosexual.

3 Teoría de los esquemas de género. ✓

4 Teoría cognoscitiva social.

La teoría del esquema de género une la autocategorización con lo que establece cada cultura

La **tabla 8.1** de Papalia y Martorell resume cinco corrientes teóricas sobre el desarrollo de género. La **teoría del esquema de género** (Sandra Bem, Carol Lynn Martin y Charles F. Halverson) tiene como principal proceso la **autocategorización basada en el procesamiento de la información cultural**, porque el niño organiza la información acerca de lo que se considera apropiado para un niño o una niña sobre la base de lo que una cultura particular establece. La **teoría del desarrollo cognoscitivo** de **Kohlberg** comparte la autocategorización, pero sin ese peso de la cultura. Una vez que un infante aprende que es niño o niña, clasifica por género la información sobre la conducta y actúa en consecuencia.

1 La teoría del desarrollo cognoscitivo de Kohlberg también se basa en la autocategorización, pero la tabla 8.1 no la liga al procesamiento de la información cultural.

2 En el enfoque psicoanalítico de Freud, la identidad de género ocurre cuando el niño se identifica con el padre del mismo sexo, tras la solución de conflictos emocionales inconscientes.

3 Es la única corriente de la tabla 8.1 cuyo principal proceso es la autocategorización basada en el procesamiento de la información cultural.

4 La teoría cognoscitiva social de Bandura y Mischel se basa en la observación de modelos y el reforzamiento; el niño combina mentalmente observaciones de conductas de género y crea sus propias variaciones conductuales.

TABLA 8.1 DE PAPALIA Y MARTORELL (EXTRACTO): CORRIENTES TEÓRICAS SOBRE EL DESARROLLO DE GÉNERO

Teorías	Principales teóricos	Principales procesos	Creencias básicas
Enfoque psicoanalítico	Sigmund Freud	Solución de conflictos emocionales inconscientes	La identidad de género ocurre cuando el niño se identifica con el padre del mismo sexo
Teoría del desarrollo cognoscitivo	Lawrence Kohlberg	Autocategorización	Una vez que un infante aprende que es niño o niña, clasifica por género la información sobre la conducta y actúa en consecuencia
Teoría del esquema de género	Sandra Bem, Carol Lynn Martin y Charles F. Halverson	Autocategorización basada en el procesamiento de la información cultural	El niño organiza la información acerca de lo que se considera apropiado para un niño o una niña sobre la base de lo que una cultura particular establece
Teoría cognoscitiva social	Albert Bandura, Walter Mischel	Observación de modelos, reforzamiento	El niño combina mentalmente observaciones de conductas de género y crea sus propias variaciones conductuales

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 8, tabla 8.1, pág. 235 (extracto)

Ojo. La 11.ª edición (Papalia, 2009, cuadro 11-1, pág. 331), Ampliación del tema J7, recoge las mismas teorías con otros nombres (teoría cognitiva del desarrollo, teoría de los esquemas de género, teoría sociocognitiva). La 14.ª usa los mismos nombres que el cuadernillo.

Para fijarlo. En Kohlberg basta con saber que se es niño o niña; en los esquemas de género, además, la cultura dicta qué significa serlo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 8, tabla 8.1, pág. 235, y pág. 238.

EN EL ATLAS
Tema J7 · Desarrollo emocional, social y de la personalidad en la niñez. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Ampliación).

42

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H13 · Afectividad negativa y positiva

Respuesta correcta: 2

La teoría de la ampliación-construcción de las emociones positivas de Fredrickson plantea que:

1. A pesar de sus efectos beneficiosos, las emociones positivas son peligrosas al disminuir la flexibilidad de los procesos cognitivos.
2. Las emociones positivas están implicadas en el proceso de adaptación psicológica que favorece la supervivencia humana. ✓
3. A pesar de sus efectos beneficiosos, las emociones positivas son poco adaptativas al producir el acomodamiento, disminuir la creatividad y la resistencia a la adversidad.
4. Las emociones positivas son adaptativas porque disminuyen el foco atencional y lo centran en una única respuesta.

Para Fredrickson, las emociones positivas amplían el repertorio de pensamiento y acción y favorecen la adaptación

Bermúdez contrapone el carácter defensivo de las **emociones negativas**, que estrechan la atención y vuelven rígida la actividad cognitiva, a la **teoría de la ampliación-construcción** de Fredrickson. Según esta teoría, las **emociones positivas** también están implicadas en el proceso de **adaptación psicológica** que favorece la supervivencia humana, porque incrementan el repertorio de pensamientos y acciones de la persona e introducen **flexibilidad** en los procesos cognitivos. Con el tiempo, esa ampliación genera **recursos personales** duraderos, como la creatividad, la resistencia, las relaciones sociales y la salud física, en una espiral ascendente.

1. La teoría sostiene lo contrario, que las emociones positivas introducen flexibilidad en los procesos cognitivos.
2. Recoge la tesis central de la teoría, que las emociones positivas participan en la adaptación psicológica que favorece la supervivencia.
3. Según Fredrickson, las emociones positivas incrementan con el tiempo la creatividad y la resistencia.
4. Estrechar la atención es propio de las emociones negativas; las positivas amplían el foco atencional.

> **Para fijarlo.** Las emociones negativas estrechan para defenderse ya; las positivas amplían para construir recursos que duran.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, págs. 296-297.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 43

43

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 1

En los estudios longitudinales sobre la estabilidad de la personalidad realizados con el California Psychological Inventory (CPI) se ha observado que:

1. Las personas mayores, en comparación con sus evaluaciones realizadas cuando eran más jóvenes, tienden a puntuar más en autocontrol, responsabilidad y cooperación. ✓
2. La afabilidad y el tesón disminuyen con la edad.
3. La vitalidad social aumenta con la edad mientras que la dominacia social disminuye.
4. La estabilidad emocional aumenta ligeramente hasta la edad adulta (aproximadamente 40 años) y entonces desciende drásticamente.

Con la edad aumentan el autocontrol, la responsabilidad y la cooperación

Bermúdez resume el balance de Helson y Kwan (2000) sobre tres **estudios longitudinales** con el **California Psychological Inventory**. Al comparar a las mismas personas con sus evaluaciones de juventud, los mayores presentan más **autocontrol, responsabilidad y cooperación**, cambios que el manual asocia a la bajada del neuroticismo y a la subida del tesón y la afabilidad. A la vez muestran menos flexibilidad y menos interés por la interacción social, en paralelo al descenso de la apertura mental y la extraversión. Son cambios significativos en la mayoría de los contrastes, pero **pequeños en términos absolutos**.

1. Es la conclusión principal del balance longitudinal con el CPI que recoge el manual.
2. La afabilidad y el tesón crecen con la edad. El meta-análisis de Roberts, Walton y Viechtbauer (2006) les atribuye un perfil de crecimiento prácticamente continuo a lo largo del ciclo vital.
3. En ese mismo meta-análisis la vitalidad social sigue el descenso esperable de la extraversión y la dominancia social muestra el perfil contrario. La opción intercambia las dos facetas.
4. La estabilidad emocional sube de forma significativa hasta la edad adulta media, en torno a los 40 años, y después sigue con pequeños incrementos y un ligero descenso a partir de los 70. No hay caída drástica.

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 toman datos del meta-análisis de Roberts et al. (2006), que el manual expone justo después del CPI, y les cambian la dirección.

Para fijarlo. Con los años se gana tesón y afabilidad y se pierde algo de apertura y de gusto por la vida social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 4, págs. 171-174.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 16, PIR 2023 · n.º 45

44 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 4

Mischel y Shoda (1995) proponen reglas o unidades específicas para la interacción entre la situación y la conducta. Estas reglas siguen el esquema:

1. Si es A, puede ser X.
2. Evaluar A, actuar X.
3. Debería A, no debería X.
4. Si A, entonces X. ✓

El CAPS de Mischel y Shoda organiza la conducta en patrones «si... entonces»

Bermúdez presenta el **Sistema Cognitivo-Afectivo de Personalidad (CAPS)** de Mischel y Shoda (1995) como un intento de integrar el estudio de las regularidades de la persona y el de su interacción con las situaciones. Las diferencias individuales dependen de la accesibilidad de cogniciones y afectos y de cómo se organizan entre sí. El resultado son perfiles **«si... entonces»**, relativamente estables mientras se mantengan los condicionantes. Los **«si»** representan el significado psicológico de la situación («si me pongo nervioso») y los **«entonces»**, la conducta («entonces digo cosas que no debo»).

1. El manual no recoge un esquema «si es A, puede ser X»; el CAPS enlaza la situación con la conducta mediante la fórmula «si... entonces».
2. «Evaluar A, actuar X» no aparece en la formulación del CAPS que expone el manual.
3. «Debería A, no debería X» tampoco figura en la formulación del CAPS.
4. Es el formato «si (se dan determinadas circunstancias situacionales y personales) entonces (la conducta será X)» que describe el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, pág. 54.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 103, PIR 2023 · n.º 46

45 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H1 · Introducción e historia de las diferencias individuales

Respuesta correcta: 1

Uno de los avances metodológicos que ha contribuido al estudio de la Psicología Diferencial fue el desarrollo del Análisis Factorial Confirmatorio, que presenta un mayor potencial explicativo que técnicas previas. ¿Qué autores lo desarrollaron?:

1 Jöreskog y Sörbom. ✓

2 Kaiser y Carroll.

3 Nesselroade y Cattell.

4 Kline y Tyler.

Jöreskog y Sörbom desarrollaron el análisis factorial confirmatorio

Sánchez-Elvira repasa la evolución del **análisis factorial**. Entre los años cincuenta y sesenta, los procedimientos de Thurstone dieron paso a algoritmos de rotación ortogonal y oblicua más precisos y menos subjetivos; en ese perfeccionamiento del **análisis factorial exploratorio** destacaron R. B. Cattell, H. F. Kaiser y J. B. Carroll. Ya en los sesenta, **K. Jöreskog y D. Sörbom** desarrollaron el **análisis factorial confirmatorio**, derivado de los métodos de ajuste de máxima verosimilitud. Tiene más potencial explicativo porque permite comprobar si un conjunto de datos se ajusta a un modelo teórico postulado de antemano.

1. Son los autores a los que el manual atribuye el análisis factorial confirmatorio.
2. Kaiser y Carroll aparecen, junto a Cattell, entre quienes perfeccionaron el análisis factorial exploratorio.
3. El manual cita a Nesselroade y Cattell (1988) como referencia sobre el método confirmatorio, pero atribuye su desarrollo a Jöreskog y Sörbom.
4. Kline (1991) aparece a propósito de la validez externa de los factores, y Tyler como crítica de los excesos de las técnicas factoriales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 2, págs. 73-74.

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

46 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 1

Basándose en la tradición del análisis lexicográfico de Allport y Odbert, Cattell describió una fuente de datos que se basaba en descripciones u observaciones externas al propio individuo. Esta fuente de datos son los:

1. Datos L o Life. ✓
2. Datos D o Dictionary.
3. Datos Q o Questionnaire.
4. Datos T o Test.

Los datos L de Cattell proceden de la observación externa de la conducta

Cattell partió del **criterio léxico**, apoyado en el estudio de Allport y Odbert con 17.953 términos del diccionario Webster, y luego quiso replicar la estructura obtenida con tres fuentes de datos. Sánchez-Elvira define los **datos L** como los derivados de la **observación** de la frecuencia e intensidad de conductas específicas en las personas observadas; en su primera muestra, Cattell los obtuvo de la observación y la valoración a cargo de allegados. Bermúdez los describe como hechos de la vida real contrastables, como la edad, los ingresos o las calificaciones escolares. Frente a ellos están los **datos Q**, de autoinforme, y los **datos T**, de pruebas objetivas.

1. Son los datos de vida, derivados de la observación o de la valoración por otras personas.
2. Cattell distinguía solo tres fuentes, L, Q y T. El diccionario Webster fue la fuente de los 17.953 términos del estudio de Allport y Odbert del que partió su criterio léxico.
3. Los datos Q proceden de los autoinformes que la persona hace de sí misma en cuestionarios, y por eso puede distorsionarlos de forma voluntaria o involuntaria.
4. Los datos T vienen de pruebas objetivas en situaciones estandarizadas en las que la persona no sabe qué característica se evalúa. Eran los preferidos de Cattell.

Para fijarlo. L de life, lo que otros pueden ver y contrastar de tu vida; Q, lo que cuentas de ti; T, lo que haces en una prueba sin saber qué mide.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, cuadro 7.2, pág. 342. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4 (apdos. 3.4-3.5).

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 2015 · n.º 235, PIR 2016 · n.º 217, PIR 2017 · n.º 16, PIR 2021 · n.º 35

47 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

Según la teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg:

1 Los individuos que se caracterizan por una inteligencia analítica tienen mayor habilidad para adaptarse, modelar y seleccionar aquellos entornos más apropiados.

2 Los individuos que se caracterizan por una inteligencia creativa tienen mayor habilidad para aplicar componentes de creación y descubrimiento. ✓

3 Los individuos que se caracterizan por una inteligencia práctica tienen mayor habilidad para el manejo óptimo de los componentes internos (metacomponentes, componentes de adquisición y de ejecución).

4 Los individuos que se caracterizan por una inteligencia naturalista tienen mayor habilidad para identificar y caracterizar objetos naturales (animales, insectos, hierbas, etc.).

La inteligencia creativa aplica los componentes a la creación y al descubrimiento

La **teoría triárquica** de Sternberg tiene tres subteorías: la componencial (mundo interno), la contextual (mundo externo) y la experiencial, que modula la relación entre ambos mediante la habilidad para tratar con la **novedad** y para **automatizar**. Según Sánchez-Elvira, como nadie funciona igual en las tres, surgen perfiles distintos. La **inteligencia analítica** maneja de forma óptima los componentes internos de procesamiento; la **inteligencia creativa** aplica esos componentes a la creación y al descubrimiento; y la **inteligencia práctica** implica más habilidad para adaptarse, modelar y seleccionar los entornos más apropiados.

1 Adaptarse, modelar y seleccionar el entorno define a la inteligencia práctica. La analítica corresponde al manejo óptimo de los componentes internos.

2 Coincide con el manual, que describe la inteligencia creativa como la aplicación de los componentes a la creación y al descubrimiento.

3 El manejo óptimo de los componentes internos de procesamiento es lo propio de la inteligencia analítica. Las opciones 1 y 3 intercambian sus definiciones.

4 La teoría triárquica distingue perfiles analítico, creativo y práctico; una inteligencia naturalista no forma parte de ella.

> **Trampa.** Las opciones 1 y 3 tienen definiciones reales del manual, pero cada una pegada a la inteligencia que no le corresponde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 317-319.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 13, PIR 2015 · n.º 38, PIR 2016 · n.º 214, PIR 2021 · n.º 70, PIR 2022 · n.º 128

48 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

¿Cuáles son las tres funciones importantes del intelecto propuestas por Binet y Simon en 1916?:

1 Habilidad, adaptación y control.

2 Capacidad, adaptación y control.

3 Dirección, adaptación y control. ✓

4 Dirección, adaptación y habilidad.

Binet y Simon señalaron dirección, adaptación y control como funciones del intelecto

Sánchez-Elvira recoge que, para Sternberg (1990), las ideas de Binet anticipan las teorías cognitivas actuales que resaltan las **metacogniciones**, es decir, las cogniciones conscientes sobre el propio pensamiento. Como ejemplo, Binet y Simon (1916) distinguieron tres funciones importantes del intelecto. La **dirección** es saber qué debe hacerse y cómo; la **adaptación**, seleccionar y automonitorizar las estrategias personales durante la tarea; y el **control**, la habilidad de crítica de los propios pensamientos y acciones.

1 Falta la dirección y aparece la habilidad, que no figura entre las tres funciones.

2 La capacidad ocupa el lugar de la dirección, la primera de las funciones que cita el manual.

3 Son las tres funciones del intelecto de Binet y Simon.

4 Mantiene dirección y adaptación, pero cambia el control por la habilidad.

Para fijarlo. Primero se dirige la tarea, luego se adapta la estrategia y al final se controla el resultado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 219.

EN EL ATLAS

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

49 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 3

En relación con el estudio de las influencias culturales en la personalidad:

1. Las sociedades colectivistas muestran mayor motivación de aproximación.
2. Las sociedades individualistas se orientan más a la evitación del fracaso.
3. En las sociedades colectivistas es natural que las personas atiendan selectivamente a los atributos negativos en forma de autocrítica. ✓
4. Las personas de sociedades colectivistas muestran un estilo atribucional defensivo para mantener su autoestima.

En las culturas colectivistas la autocrítica es lo natural

Bermúdez explica que las personas **individualistas** se orientan más a conseguir el éxito (**motivación de aproximación**) y las **colectivistas**, a evitar el fracaso (**motivación de evitación**). En las sociedades colectivistas el mandato cultural es lograr el respeto y la deferencia de los otros, y eso exige vivir con sus expectativas. Por esa gran necesidad de ajuste social, es natural que atiendan selectivamente a sus **atributos negativos** en forma de autocrítica y que respondan a las señales de que deben mejorar. El individualista, en cambio, busca el **autoensalzamiento**.

1. La motivación de aproximación caracteriza a las personas individualistas.
2. Orientarse a evitar el fracaso es lo propio de las colectivistas. Las opciones 1 y 2 invierten los dos tipos de sociedad.
3. El manual lo formula casi igual y lo explica por su gran necesidad de ajuste al mundo social que las rodea.
4. El estilo atributivo defensivo, que explica los éxitos por causas internas y los fracasos por causas externas, es una forma de autoensalzamiento de los individualistas.

Trampa. Tres opciones son rasgos reales del manual atribuidos al tipo de sociedad equivocado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 3, págs. 138-139.

EN EL ATLAS: Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Bermúdez 2011 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 5

50 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 2

Según la Teoría de la Autodeterminación (Decy y Ryan, 2008; 2009), ¿en qué nivel del proceso de internalización se encontraría una persona que estudia para evitar la culpa derivada de disgustar a sus padres?:

1 Regulación externa.

2 Regulación introyectada. ✓

3 Regulación identificada.

4 Regulación integrada.

Estudiar para no sentirse culpable es regulación introyectada

En la **teoría de la autodeterminación**, la internalización es el proceso por el que los valores y conductas del ambiente pasan a integrarse en el self como propios. Bermúdez describe cuatro niveles, de la heteronomía a la autonomía. En la **regulación introyectada** la internalización es parcial, porque la persona aún vive la actividad como ajena a su yo, aunque cree que es su deber realizarla; actúa para **evitar la culpa**, afirmar su valía o recibir aprobación. El manual usa el mismo ejemplo del enunciado: estudiar para no disgustar a unos padres que son quienes de verdad quieren que se estudie.

1 En la regulación externa no hay internalización. Se estudiaría solo para aprobar o por presiones externas, para conseguir premios o evitar castigos.

2 Coincide con la definición y con el ejemplo del manual.

3 En la regulación identificada la persona acepta y valora la actividad; estudiaría porque considera que es algo bueno para ella.

4 En la regulación integrada la internalización es total y el valor de estudiar encaja con los demás valores personales.

NIVELES DEL PROCESO DE INTERNALIZACIÓN (TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN)

Nivel	Qué ocurre	Ejemplo del estudio
Regulación externa	No se produce el proceso de internalización	Estudia exclusivamente para conseguir aprobar o por presiones externas
Regulación introyectada	Internalización de carácter parcial	Estudia para evitar la culpa derivada de disgustar a sus padres
Regulación identificada	La persona acepta y valora la actividad	Estudia porque considera que es algo bueno para ella
Regulación integrada	La internalización es total	Valora lo que implica el hecho de estudiar

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 5, págs. 237-238

Para fijarlo. Si lo que empuja es la culpa o el qué dirán, la norma ya está dentro, pero todavía no es tuya.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, págs. 236-238.

Tema H14 · Motivación y personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 91, PIR 2025 · n.º 53

51 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H13 · Afectividad negativa y positiva

Respuesta correcta: 4

¿Qué fenómeno explica la paradoja de Easterlin (2001) descrita en los estudios sobre la relación entre el estatus económico y el bienestar subjetivo?:

1 Explica que a medida que aumenta la renta personal disponible, cada dólar adicional contribuye más al bienestar subjetivo.

2 Describe que existe un efecto lineal en la correlación entre los ingresos económicos de las personas y su bienestar subjetivo.

3 Describe que las correlaciones más altas entre el estatus económico y el bienestar subjetivo se obtienen en países con alto nivel de desarrollo económico.

4 Explica que en las personas que tienen solucionadas las necesidades básicas, es el estatus económico relativo lo que incide en su percepción de bienestar subjetivo. ✓

La paradoja de Easterlin pone el peso en el estatus económico relativo

Bermúdez revisa la relación entre **estatus económico** y **bienestar subjetivo**. El crecimiento económico de las sociedades desarrolladas no se ha traducido en un aumento parecido del bienestar, y la correlación sigue el principio de la **utilidad marginal decreciente**, por el que cada dólar adicional aporta menos. Por eso las correlaciones más altas aparecen en países con bajo desarrollo económico. La **paradoja de Easterlin** lo explica así: cuando las necesidades básicas están cubiertas, lo que incide en el bienestar es el **estatus económico relativo**, es decir, la comparación con la situación anterior, con la de los demás o con las propias aspiraciones.

1 Según la utilidad marginal decreciente que recoge el manual, a medida que aumenta la renta cada dólar adicional contribuye menos al bienestar subjetivo.

2 El manual describe un efecto curvilíneo, en el que la correlación entre ingresos y bienestar disminuye cuando aumentan los ingresos.

3 Las correlaciones más altas se obtienen en países con un bajo nivel de desarrollo económico y disminuyen conforme aumenta la riqueza del país.

4 Es la explicación de la paradoja que da el manual.

Trampa. Las opciones 1 y 3 son datos del mismo párrafo del manual con el sentido invertido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 7, págs. 310-312.

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

52 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 2

¿A qué hace referencia la subescala de planificación estratégica del Cuestionario de Afrontamiento Proactivo (Greenglass, 2002; Greenglass, Schwarzer y Taubert, 2000)?:

1 Al planteamiento autónomo de objetivos, así como a los pensamientos y conductas que facilitan el logro de dichos objetivos.

2 Al establecimiento de prioridades y la habilidad para dividir las tareas en componentes más asequibles. ✓

3 A la capacidad para contemplar y diseñar mentalmente planes alternativos de actuación.

4 A la capacidad para anticipar y prepararse ante potenciales estresores.

La planificación estratégica consiste en fijar prioridades y dividir las tareas

Bermúdez presenta el **afrontamiento proactivo** en dos marcos teóricos, el preventivo y el positivo, que comparten la orientación al futuro, la construcción de una reserva de recursos y las habilidades de autorregulación. Para medirlo solo se ha desarrollado un instrumento, el **Cuestionario de Afrontamiento Proactivo (PCI)** de Greenglass, con 41 ítems y seis subescalas. La de **planificación estratégica** hace referencia al establecimiento de prioridades y a la habilidad para dividir las tareas en componentes más asequibles; uno de sus ítems de ejemplo es «divido los problemas en partes más pequeñas, y las voy realizando una por una».

1 Es la definición de la subescala de afrontamiento proactivo.

2 Es la definición de la subescala de planificación estratégica.

3 Contemplar y diseñar mentalmente planes alternativos de actuación corresponde al afrontamiento reflexivo.

4 Anticipar y prepararse ante potenciales estresores es lo que evalúa el afrontamiento preventivo.

CUATRO SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO PROACTIVO

Subescala	Qué evalúa
Afrontamiento proactivo	Planteamiento autónomo de objetivos, así como pensamientos y conductas que facilitan el logro de dichos objetivos
Afrontamiento reflexivo	Capacidad para contemplar y diseñar mentalmente planes alternativos de actuación
Planificación estratégica	Establecimiento de prioridades y habilidad para dividir las tareas en componentes más asequibles
Afrontamiento preventivo	Capacidad para anticipar y prepararse ante potenciales estresores

Fuente: Bermúdez (2011), cap. 10, pág. 480

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 10, págs. 479-480.

Tema B9 · Estrés. Se estudia con Bermúdez 2011 (Ampliación).

53 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H16 · Personalidad y psicopatología

Respuesta correcta: 3

Señale cuál de los siguientes NO es un factor de orden superior de la personalidad según el Modelo Dimensional de W. J. Livesley:

1 Desregulación emocional.

2 Comportamiento antisocial.

3 Extraversión. ✓

4 Compulsividad.

Livesley agrupa sus rasgos en desregulación emocional, comportamiento antisocial, inhibición y compulsividad

Livesley parte de una actitud crítica con el sistema categorial del DSM y busca las **dimensiones de rasgos** que caracterizan los trastornos de la personalidad. A partir de una revisión de la literatura y del juicio de expertos clínicos identificó **18 rasgos primarios**, ampliados después a 30, que se agrupan en **cuatro factores de orden superior**: desregulación emocional, comportamiento antisocial, **inhibición** y compulsividad. El manual los relaciona con los cuatro tipos de trastorno más delimitados del DSM-IV-TR, que son el límite, el antisocial, el esquizoide-evitador y el obsesivo-compulsivo. Para evaluarlos desarrolló el **DAPP-BQ**.

1. La desregulación emocional es el primero de los cuatro factores.
2. El comportamiento antisocial es el segundo factor del modelo.
3. La extraversión pertenece al modelo de los Cinco Grandes. En el esquema de Livesley, el tercer factor es la inhibición.
4. La compulsividad es el cuarto factor, que el manual relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 13, págs. 616-617.

Tema H16 · Personalidad y psicopatología. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

54 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H6 · Diferencias intergrupales: edad y género

Respuesta correcta: 4

Los estudios de metaanálisis de Feingold (1994) sobre las diferencias individuales en personalidad entre hombres y mujeres señalan que:

1. Las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad e impulsividad que los hombres.
2. Las mujeres puntuaron significativamente más alto en asertividad.
3. Los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en confianza y sensibilidad.
4. Aunque las mujeres puntuaron ligeramente por encima de los hombres en organización (orden, rectitud, escrupulosidad) no se encontraron diferencias significativas de género. ✓

En el metaanálisis de Feingold la organización no difiere entre hombres y mujeres

Sánchez-Elvira resume el **metaanálisis de Feingold (1994)** sobre nueve facetas de los cinco grandes factores. En cinco no hay diferencias significativas: **impulsividad**, sociabilidad, nivel de actividad, reflexividad y **organización**; en esta última las mujeres puntúan ligeramente más, pero sin significación. Las mujeres puntúan más que los hombres en **ansiedad** y confianza, y mucho más en **sensibilidad**. Los hombres puntúan más en **asertividad**, aunque Twenge (2001) concluye que esa diferencia tiende a reducirse con el cambio de estatus y de roles de las mujeres.

1. Las mujeres puntúan más en ansiedad, pero en impulsividad no hay diferencias significativas.
2. Son los hombres quienes puntúan moderadamente más alto en asertividad.
3. Son las mujeres quienes puntúan algo más en confianza y mucho más en sensibilidad.
4. Coincide con el resultado sobre el factor voluntad, evaluado a partir del rasgo de organización.

Trampa. Cada distractor toma una faceta real del estudio y le cambia el sexo o la junta con otra en la que no hay diferencias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 596-599 y 603.

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

55 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

Según la Teoría Componencial de R. Sternberg sobre el procesamiento de la información, ¿a qué tipo de componente pertenecen la codificación de la naturaleza del estímulo, la inferencia de relaciones entre estímulos y la aplicación de la inferencia previa a nuevas situaciones?:

1 Metacomponentes.

2 Componentes de ejecución. ✓

3 Componentes de adquisición del conocimiento.

4 Componentes de planificación global.

Codificar, inferir y aplicar son componentes de ejecución

En la **teoría componencial**, Sternberg analiza las tareas de los tests clásicos, como las analogías, y aísla los procesos mentales que intervienen. Sánchez-Elvira distingue tres tipos de componentes. Los **metacomponentes** son procesos de nivel superior que dirigen la monitorización y la evaluación, como reconocer el problema o elegir la estrategia. Los **componentes de ejecución** son de nivel inferior, suelen ser específicos del problema y ejecutan las órdenes de los metacomponentes: codificación de la naturaleza del estímulo, inferencia de relaciones entre estímulos y aplicación de la inferencia previa a nuevas situaciones. Los **componentes de adquisición del conocimiento** intervienen en el aprendizaje.

1 Los metacomponentes son los procesos de nivel superior, como reconocer el problema, elegir la estrategia o monitorizar la propia ejecución.

2 Son los tres componentes de ejecución que enumera el manual.

3 Los componentes de adquisición del conocimiento son la codificación, la combinación y la comparación selectivas.

4 La planificación global aparece en el manual como la fase en la que las personas más inteligentes invierten más tiempo, pero no como un tipo de componente.

Para fijarlo. Resolver una analogía es codificar los términos, inferir la relación del primer par y aplicarla al segundo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 300-303.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 38, PIR 2019 · n.º 13, PIR 2022 · n.º 101, PIR 2022 · n.º 128

56 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas

Respuesta correcta: 2

En relación con las diferencias entre estilos y controles cognitivos descritas por Allport:

1 Los estilos cognitivos son entidades de naturaleza psicodinámica.

2 Los estilos cognitivos son más generales y varían menos en función del contenido de las tareas. ✓

3 Los controles cognitivos son bipolares.

4 Los controles cognitivos consisten en la organización de las dimensiones (etiquetas) específicas dentro del individuo.

Los estilos cognitivos son más generales que los controles cognitivos

Sánchez-Elvira advierte que **estilos** y **controles cognitivos** se usan a veces como sinónimos, porque ambos aluden a la consistencia en la manera de procesar la información. Algunos autores los diferencian, y la tabla 9.1 del manual recoge esas diferencias. Los estilos son más generales, varían menos en función del contenido de las tareas y son **bipolares**, sin un polo mejor que otro. Los controles son entidades de **naturaleza psicodinámica** que regulan la expresión de las necesidades, más específicos y **unipolares**, como la dependencia-independencia de campo o la reflexividad-impulsividad.

1 La naturaleza psicodinámica se atribuye a los controles cognitivos.

2 Es la tercera diferencia de la tabla del manual.

3 Los controles son unipolares, porque uno de los polos suele ser mejor que el otro, y eso los acerca a las aptitudes. Bipolares son los estilos.

4 Para esos autores, los estilos son la organización de las dimensiones dentro del individuo y los controles son las dimensiones o etiquetas específicas.

Ojo. El enunciado atribuye la distinción a Allport, pero el manual la presenta como propuesta de «algunos autores» y no cita a Allport en ese apartado.

Trampa. Las opciones 1, 3 y 4 son rasgos de la tabla del manual colocados en la columna equivocada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 9, cuadro 9.10 y tabla 9.1, págs. 455-456.

EN EL ATLAS: Tema H5 · Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 12

57 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva

Respuesta correcta: 4

El crecimiento del cerebro en la infancia y la adolescencia se caracteriza por lo siguiente:

1 Las distintas zonas cerebrales se mielinizan a la vez, y el ritmo de maduración y formación de conexiones es estable a lo largo del desarrollo.

2 Las distintas zonas cerebrales se mielinizan a la vez, y el ritmo de maduración y formación de conexiones es en forma de brotes de crecimiento.

3 Las distintas zonas cerebrales se mielinizan a distinto ritmo (unas zonas antes que otras), y el ritmo de maduración y formación de conexiones es estable a lo largo del desarrollo.

4 Las distintas zonas cerebrales se mielinizan a distinto ritmo (unas zonas antes que otras), y el ritmo de maduración y formación de conexiones es en forma de brotes de crecimiento. ✓

El cerebro se mieliniza por zonas y crece a brotes

Del Abril explica que la **mielinización** comienza cuando los axones han consolidado sus conexiones y que ese periodo **no es homogéneo** en las diferentes estructuras. Ocurre **en ciclos**, con una secuencia ordenada en dirección caudo-rostral: el haz corticoespinal termina a los 2 años, el cuerpo calloso en la adolescencia y la corteza avanza del lóbulo occipital al prefrontal ya en la edad adulta. Kolb y Whishaw añaden que, tras el nacimiento, el cerebro aumenta su masa bruscamente en periodos de aparición irregular llamados **brotes de crecimiento**, por ejemplo entre los 2 y 4, los 6 y 8, los 10 y 12 y los 14 y 16 años.

1 Las zonas no se mielinizan a la vez y el crecimiento tampoco es estable, así que falla en las dos afirmaciones.

2 Acierta en los brotes, pero la mielinización no es simultánea, porque avanza por estructuras desde el periodo prenatal hasta la edad adulta.

3 Acierta en el distinto ritmo de mielinización, pero el crecimiento cerebral se produce en brotes.

4 Reúne las dos ideas, la mielinización a distinto ritmo según la zona y el crecimiento en brotes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 277-278. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2017). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 23, págs. 648-649.

EN EL ATLAS

Tema K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva. Se estudia con Del Abril 2016 (Base).

58 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 2

¿Qué estructura cerebral suele estar afectada si aparecen problemas en la memoria prospectiva en un paciente con lesiones cerebrales?:

1 El córtex temporal inferior.

2 El córtex prefrontal. ✓

3 El hipocampo y zonas parahipocampales.

4 El hipotálamo.

La memoria prospectiva depende de la corteza prefrontal

Al describir las conexiones de la amígdala con los sistemas de memoria, Redolar sitúa la **memoria prospectiva** entre las funciones de la **corteza prefrontal dorsal y ventral**, junto con la memoria de trabajo, el uso de estrategias de memoria, la metamemoria, la memoria semántica y el recuerdo autobiográfico. Al **sistema de memoria del lóbulo temporal medial**, en cambio, le asigna la **consolidación** de las memorias de tipo explícito. Ante un paciente con lesiones cerebrales y fallos de memoria prospectiva, la estructura que hay que sospechar es la prefrontal.

1 La corteza temporal inferior es el destino de la corriente visual ventral, que participa en la percepción de los detalles y características de los objetos.

2 Es la región a la que el manual vincula la memoria prospectiva.

3 El hipocampo y las regiones parahipocampales forman parte del sistema del lóbulo temporal medial, implicado en la consolidación de las memorias explícitas.

4 Del hipotálamo el manual de psicobiología destaca sus funciones homeostáticas, como la termorregulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, pág. 672. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 299, y cap. 11, pág. 339.

EN EL ATLAS: Tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias. Redolar 2014 no es fuente de este tema.

59 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 3

Si un niño sufre una lesión grave en el hemisferio izquierdo y pierde la capacidad lingüística, ¿puede el cerebro "mover" la función del lenguaje al hemisferio derecho?:

1 No hay casos documentados de este tipo de transferencia de función, incluso a pesar de la rehabilitación neuropsicológica, logopédica o cualquier otra técnica.

2 No sucede de modo natural, pero se ha conseguido artificialmente mediante estimulación magnética transcraneal.

3 Puede suceder, pero sólo si la lesión se da en momentos tempranos del neurodesarrollo. ✓

4 Puede suceder y se da hasta el fin del neurodesarrollo (20-25 años de edad).

El hemisferio sano puede asumir el lenguaje si la lesión es temprana

Belloch trata esta cuestión en la **disfasia infantil adquirida**, la pérdida del lenguaje ya adquirido por lesión cerebral o por epilepsia. Siguiendo la teoría equipotencial de Lenneberg, entre los tres y los diez años las lesiones pueden producir disfasia, pero la recuperación llega con el tiempo porque el **hemisferio intacto puede asumir las funciones del lenguaje**. Después de los diez años los trastornos se parecen a los del adulto, porque ese hemisferio está más especializado y es menos capaz de reorganizarse. Las características de la **dominancia cerebral** en desarrollo y la mayor **plasticidad** del cerebro infantil explican la diferencia.

1 El manual recoge esa transferencia y añade que ni siquiera la hemisferectomía en edades tempranas origina un deterioro profundo del lenguaje.

2 La transferencia ocurre de modo natural, gracias a la plasticidad del cerebro infantil; el manual no la vincula a la estimulación magnética transcraneal.

3 La transferencia depende de que la lesión sea temprana; a partir de los diez años el cuadro se parece cada vez más al del adulto.

4 El manual sitúa el límite en torno a los diez años, cuando el hemisferio intacto se vuelve más especializado y menos capaz de reorganizarse.

Ojo. El manual matiza que, según informes posteriores, los niños con lesiones tempranas suelen desarrollar el lenguaje pero con algún déficit duradero, y que tras un traumatismo pasados los siete años es probable alguna dificultad persistente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 292-293.

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

60 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de reserva cognitiva de Yaakov Stern y su relación con el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, las personas con alta reserva cognitiva:

1 Tienen un diagnóstico de Alzheimer posterior en el tiempo, con respecto a las personas con baja reserva cognitiva, y además la progresión es más lenta.

2 Tienen un diagnóstico de Alzheimer posterior en el tiempo, con respecto a las personas con baja reserva cognitiva, pero la progresión es más rápida. ✓

3 Reciben el diagnóstico de Alzheimer en un momento similar, con respecto a las personas con baja reserva cognitiva, pero la progresión es más lenta.

4 No ha podido vincularse la reserva cognitiva con la evolución y pronóstico en la Enfermedad de Alzheimer, sino únicamente con diagnósticos de deterioro cognitivo leve y alteraciones de memoria asociadas a la edad.

Con alta reserva el Alzheimer se diagnostica más tarde y progresa más rápido

Redolar ilustra con la propuesta de **Yaakov Stern** cómo la reserva modula la expresión clínica de la **enfermedad de Alzheimer**. El proceso patológico se agrava con el tiempo, pero quienes tienen **más reserva** toleran un daño más avanzado antes de mostrar síntomas, de modo que el **punto de inflexión** y el diagnóstico clínico llegan más tarde. Una vez superado ese umbral, la **progresión es más rápida**, porque los primeros síntomas indican un proceso subyacente ya muy avanzado, con los recursos cerebrales disminuidos. Por eso el manual dice que la reserva prolongaría el estado preclínico.

1. El diagnóstico es más tardío, pero la progresión posterior es más rápida.
2. Es la conclusión que el manual extrae del modelo de Stern representado en su figura 7-1.
3. Con alta reserva el diagnóstico clínico llega más tarde, y la progresión posterior es más rápida.
4. El capítulo aplica el concepto de reserva sobre todo a la enfermedad de Alzheimer y analiza sus implicaciones para el diagnóstico y el pronóstico.

Para fijarlo. Mucha reserva aguanta más daño en silencio; cuando por fin se nota, queda menos margen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 7, págs. 186-187.

Tema K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva. Se estudia con Redolar 2014 (Ampliación).

61 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes síntomas o signos motores es propio de una lesión cerebelosa?:

1 Movimientos coreicos.

2 Hemibalismo.

3 Temblor intencional. ✓

4 Atetosis.

El temblor intencional delata una lesión del cerebelo

Belloch describe el **temblor intencional** como el que aparece al iniciar un movimiento voluntario, como coger un objeto o tocarse la nariz con el dedo, y que dificulta su consecución; desaparece con el miembro en reposo y tiene más amplitud y menos frecuencia que el estático. Se da por alteraciones a nivel del **cerebelo**. Las otras tres opciones son movimientos involuntarios que el manual liga a los **ganglios basales** o a otras causas neurológicas. La **corea** y el **balismo** se producen por alteraciones en esos núcleos, y la **atetosis**, de origen neurológico como la corea, aparece a menudo con lesiones perinatales y parálisis cerebral.

1. Los movimientos coreicos, cuyo prototipo es la corea de Huntington, se relacionan con los ganglios basales.
2. El hemibalismo es el balismo de un solo lado del cuerpo y, igual que la corea, se produce por una alteración de los ganglios basales.
3. El manual atribuye el temblor intencional a alteraciones a nivel del cerebelo.
4. La atetosis es un movimiento lento y sinuoso, como una corea en cámara lenta, frecuente en lesiones cerebrales perinatales y parálisis cerebral.

CUATRO MOVIMIENTOS ANORMALES Y SU ORIGEN

Movimiento	Cómo es	Origen o contexto que señala el manual
Temblor intencional	Se observa cuando la persona inicia un movimiento voluntario	Alteraciones a nivel del cerebelo
Corea	Sacudida breve, rápida, irregular y aleatoria	Hiperactividad de los ganglios basales en la corea de Sydenham
Balismo	Movimiento espástico muy brusco y de gran amplitud	Alteración en los ganglios basales
Atetosis	Movimiento involuntario lento, continuo y sinuoso	Origen neurológico; a menudo, lesiones cerebrales perinatales y parálisis cerebral

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 10, págs. 326-327

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 326-327.

EN EL ATLAS: Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

62 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 4

En el procesamiento auditivo humano:

1. El área auditiva primaria está situada en el extremo inferior de la circunvolución poscentral.
2. Las fibras de proyección principales hacia el área auditiva primaria surgen del núcleo geniculado lateral.
3. Una lesión unilateral del área auditiva produce sordera completa en ambos oídos.
4. El área sensitiva del lenguaje o área de Wernicke está localizada en la circunvolución temporal superior en el hemisferio dominante. ✓

El área de Wernicke está en la circunvolución temporal superior del hemisferio dominante

Del Abril describe la vía auditiva: desde el colículo inferior la información llega al **núcleo geniculado medial** del tálamo y de ahí a la corteza auditiva, en el margen lateral de la cisura lateral, con la **circunvolución de Heschl** como región primaria. Cada oído se procesa sobre todo en el hemisferio contralateral, aunque una parte va al ipsilateral. Snell lo concreta. Una **lesión unilateral** del área auditiva produce **sordera parcial** de ambos oídos, con más pérdida en el contralateral, y el **área de Wernicke** se localiza en el hemisferio dominante izquierdo, principalmente en la circunvolución temporal superior.

1. Según Snell, el extremo inferior de la circunvolución poscentral corresponde al área del gusto. El área auditiva primaria está en la pared inferior del surco lateral.
2. Las fibras de proyección hacia el área auditiva surgen del geniculado medial. El geniculado lateral procesa la información visual.
3. La lesión unilateral produce sordera parcial de ambos oídos, porque el geniculado medial recibe fibras sobre todo del lado contrario y algunas del mismo lado.
4. Coincide con la localización que dan los manuales.

Ojo. Las cuatro opciones siguen casi palabra por palabra una pregunta de autoevaluación del capítulo 8 de Snell, que en su solucionario remite a la pág. 293 de la edición impresa; el PDF del corpus tiene otra paginación, por eso se cita el capítulo sin página.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 324 y 344-345.
Snell, R. S. (2014). Neuroanatomía clínica (7.ª ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Cap. 8 (lóbulo temporal).

EN EL ATLAS

Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Del Abril 2016 (Base).

63 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva

Respuesta correcta: 1

El modelo pasivo de reserva cognitiva cerebral:

1. Se relaciona con el potencial anatómico del cerebro de la persona. ✓
2. Se cree que prolonga o incluso revierte, en ciertos casos, el estado clínico en las demencias diagnosticadas.
3. Refleja una habilidad individual para utilizar procesos cognitivos y redes neuronales de modo eficiente, disminuyendo el impacto del envejecimiento.
4. Incluye factores como el nivel educativo previo, la ocupación y los hábitos de vida y salud, pero no estima la influencia del cociente intelectual premórbido de la persona.

El modelo pasivo de reserva descansa en el potencial anatómico del cerebro

Redolar distingue dos modelos de reserva. El **modelo pasivo** habla de una **reserva cerebral** basada en características anatómicas, como el tamaño cerebral o el número de neuronas y de sinapsis, variables que pueden incluirse en el concepto de **potencial anatómico** y que se asocian más con los factores genéticos. El **modelo activo**, conceptualizado por Yaakov Stern, habla de **reserva cognitiva**, la habilidad individual para usar procesos cognitivos y redes neuronales de manera efectiva, a la que contribuyen el nivel educativo o las actividades estimulantes. El manual añade que el CI, o el CI premórbido en pacientes, se ha usado ampliamente como indicador de reserva.

1. Coincide con el manual, que incluye el tamaño cerebral y el número de neuronas y de sinapsis en el concepto de potencial anatómico.
2. El manual dice que la reserva cerebral prolongaría el estado preclínico en los procesos de predemencia y demencia; no habla de prolongar ni de revertir el estado clínico ya diagnosticado.
3. Esa habilidad para usar procesos y redes de modo efectivo define la reserva cognitiva del modelo activo.
4. El manual cita las medidas del CI, o del CI premórbido en pacientes, como indicadores muy usados de reserva, junto a la educación o la ocupación.

Trampa. Las opciones 3 y 4 describen la reserva cognitiva del modelo activo, y la 4 además niega un indicador que el manual sí recoge.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 7, págs. 186-187 y 190-191.

Tema K4 · Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva. Se estudia con Redolar 2014 (Ampliación).

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes procesos se caracteriza principalmente por la pérdida de conocimientos generales como conceptos o hechos históricos, así como por la anomia y los déficits en la comprensión de palabras aisladas?:

1. La encefalopatía postanóxica con lesión bilateral de la región CA1 del hipocampo.
2. La demencia semántica con lesiones típicas en el lóbulo temporal anterior. ✓
3. El síndrome de Korkasoff con afectación de cuerpos mamilares y tálamo dorsomedial.
4. La enfermedad de Huntington con atrofia de los cuerpos estriados y demencia progresiva.

La demencia semántica borra los conocimientos generales por lesión del lóbulo temporal anterior

Carlson explica que la **demencia semántica** se debe a la degeneración de la neocorteza de la **región anterolateral del lóbulo temporal**, mientras que la formación hipocámpica se conserva al menos en las primeras fases. Se pierde la **información semántica**, pero se mantiene la memoria episódica de los acontecimientos recientes. El paciente A. M. hablaba con fluidez y corrección gramatical, pero con escaso significado. La estimulación magnética del lóbulo temporal anterior izquierdo reproduce el cuadro, con dificultades para **denominar** dibujos de objetos y para **comprender el significado** de las palabras, sin fallos en tareas no semánticas.

1. El campo CA1 del hipocampo es muy sensible a la anoxia, como en el paciente R. B., y su lesión produjo una amnesia anterógrada permanente.
2. Es el cuadro que describe el manual.
3. El síndrome de Korsakoff cursa con degeneración de los cuerpos mamilares y su síntoma más acentuado es una grave amnesia anterógrada.
4. La enfermedad de Huntington se debe a la degeneración del núcleo caudado y el putamen; provoca movimientos incontrolables y, como enfermedad progresiva, alteraciones cognitivas y emocionales, pero el manual no la caracteriza por la pérdida de conocimientos semánticos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, págs. 422 y 426-428; cap. 15, pág. 503.

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

65 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores Revisar

Respuesta correcta: 3

En relación con los neurotransmisores del sistema nervioso central:

1 La toxina botulínica, la atropina y el veneno de la araña viuda negra, son sustancias antagonistas de la acetilcolina.

2 Las neuronas noradrenérgicas tienen sus cuerpos celulares en el locus coeruleus exclusivamente, sin presencia significativa en otras regiones.

3 La mayoría de los potenciales tras sinapsis serotoninérgicas tienen carácter inhibitorio, además de estar ampliamente distribuidos por el sistema nervioso central. ✓

4 Los receptores dopaminérgicos, normalmente acoplados a proteínas G, son todos ionotrópicos.

La serotonina se proyecta de forma difusa desde los núcleos del rafe

Del Abril indica que la **serotonina** se sintetiza sobre todo en los **núcleos del rafe**, desde donde se proyecta a diversas regiones del sistema nervioso central y de la médula espinal, y Redolar describe esas proyecciones como difusas, sobre grandes áreas del cerebro. Sobre su efecto, Redolar explica que la familia de receptores **5-HT1** está acoplada negativamente a la adenilato-ciclasa y que la activación del 5-HT1A, ampliamente distribuido, produce **hiperpolarización** al aumentar la conductancia de K+ y reducir la de Ca2+. Ningún manual afirma que la mayoría de los potenciales serotoninérgicos sean inhibitorios, pero las otras tres opciones **contradicen el manual**.

1 La atropina es antagonista de los receptores muscarínicos, pero el veneno de la viuda negra estimula la liberación continua de acetilcolina, así que actúa como agonista.

2 El manual dice que la noradrenalina se sintetiza «principalmente» en el locus coeruleus, no de forma exclusiva.

3 La amplia distribución está en los manuales, y Redolar describe la hiperpolarización que produce el receptor 5-HT1A. El predominio inhibitorio no aparece expresado así en el corpus, pero es la única opción que no lo contradice.

4 Se conocen cinco subtipos de receptores dopaminérgicos y la mayoría de los receptores de las aminas biógenas son metabotrópicos.

Ojo. Redolar (2014, pág. 62) solo atribuye efectos inhibidores a la familia 5-HT1 y describe como excitadores el 5-HT2A, el 5-HT3 y los 5-HT4, 5-HT6 y 5-HT7; ninguna obra del corpus dice que la mayoría de los potenciales serotoninérgicos sean inhibitorios. Falta comprobarlo en Redolar 2023, que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 206-207 y 209. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 2, pág. 62.

EN EL ATLAS
Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Del Abril 2016 (Base) y Redolar 2014 (Ampliación).

66 PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 3

El modelo de covariación de Kelley (1967) de la atribución causal postula que las personas tratan de identificar el "por qué" del comportamiento de los demás, teniendo en cuenta tres factores fundamentales:

1 Internalidad-externalidad, estabilidadinestabilidad y controlabilidad.

2 Capacidad, esfuerzo y dificultad de la tarea.

3 Distintividad, consenso y consistencia. ✓

4 Intencionalidad, deseabilidad social y consecuencias.

Kelley combina consenso, distintividad y consistencia para atribuir causas

En el **modelo de covariación** de Kelley, el perceptor actúa como un científico y examina qué factores covarían con la conducta para atribuirla a la persona, al estímulo o a las circunstancias. Para ello maneja tres tipos de información. El **consenso** indica si otras personas actúan igual ante ese estímulo; la **distintividad**, si la persona responde de forma diferente ante otros estímulos; y la **consistencia**, si responde siempre igual ante ese estímulo. Así, con consenso, distintividad y consistencia altos, la causa se atribuye al estímulo.

1 Locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad son las tres dimensiones de la teoría atributiva de Weiner.

2 Capacidad, esfuerzo y dificultad de la tarea aparecen entre las causas de éxito o fracaso con las que el manual ilustra la teoría de Weiner.

3 Son los tres tipos de información del modelo de covariación.

4 La intencionalidad y la deseabilidad social de los efectos pertenecen a la teoría de las inferencias correspondientes de Jones y Davis.

Trampa. Los distractores son las piezas de las otras dos teorías de la atribución del mismo capítulo, Weiner y Jones y Davis.

Para fijarlo. Kelley hace tres preguntas: ¿los demás también?, ¿solo con esto?, ¿siempre?

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 97-100 y 108-109.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 168, PIR 2022 · n.º 91

67 PSICOLOGÍA SOCIAL

M4 · Influencia social y persuasión

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina la técnica de condescendencia que consiste en comenzar con una solicitud grande y después, cuando ésta es rechazada, rebajarla a una menor (la que realmente se deseaba desde el principio)?:

1 Técnica del pie en la puerta.

2 Técnica de la puerta en la cara. ✓

3 Técnica del amago.

4 Técnica de “esto no es todo”.

El portazo en la cara rebaja una petición extrema después del rechazo

Gaviria agrupa las tácticas de influencia según el principio en que se apoyan. La del **portazo en la cara**, también llamada de **rechazo-retirada**, se basa en la **reciprocidad**: se empieza con la petición de un gran favor y, cuando se rechaza, se cambia por otra menor, la que de verdad se quería obtener. Funciona por las **concesiones mutuas**, porque la persona se siente obligada a ceder ante quien ha cedido antes. El **pie en la puerta** y la **bola baja** se basan, en cambio, en el compromiso y la coherencia.

1 El pie en la puerta busca un compromiso inicial pequeño para que después sea más fácil aceptar peticiones en la misma línea. Va de lo pequeño a lo grande.

2 Es la táctica que el manual llama «portazo en la cara».

3 El manual no recoge una técnica con ese nombre; lo que describe el enunciado corresponde al portazo en la cara.

4 «Esto no es todo» consiste en dar algo, incluso sin que se haya pedido, para hacer después una petición; se basa también en la reciprocidad.

Para fijarlo. Pie en la puerta, de menos a más; portazo en la cara, de más a menos.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 53, PIR 2017 · n.º 110, PIR 2018 · n.º 31, PIR 2020 · n.º 19

68 PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 1

¿Qué trató de explicar la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980)?:

1 Cómo influyen las actitudes sobre el comportamiento. ✓

2 Cómo la persuasión puede cambiar las actitudes.

3 Cómo los autoconceptos cambian con las situaciones.

4 Cómo la autoeficacia influye en la conducta prosocial.

La acción razonada explica cómo influyen las actitudes en la conducta

Gaviria presenta dos grandes modelos sobre el modo en que las **actitudes influyen en la conducta**: el modelo MODE y la **teoría de la acción razonada** con su ampliación, la teoría de la acción planificada. Esta segunda línea se diseñó para explicar y predecir el comportamiento en contextos específicos y se aplica a conductas deliberadas. Su elemento central es la **intención** de realizar la conducta. En la formulación inicial de Fishbein y Ajzen (1975), la intención depende de dos factores independientes, uno personal, la **actitud hacia la conducta**, y otro que refleja el contexto social, la **norma subjetiva**.

1 Es el objetivo de la teoría según el manual.

2 El cambio de actitudes mediante la persuasión se estudia en otro capítulo del manual, el 7 (influencia, persuasión y cambio de actitudes), con otros modelos.

3 El autoconcepto se trata en el capítulo 5 del manual (autoconcepto e identidad), no en la teoría de la acción razonada.

4 La teoría no se ocupa de la autoeficacia ni de la conducta prosocial; sus determinantes de la intención son la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva.

Ojo. El enunciado fecha la teoría en Ajzen y Fishbein (1980); el manual cita la formulación inicial de Fishbein y Ajzen (1975).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 160-162.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 145, PIR 2015 · n.º 215, PIR 2017 · n.º 33, PIR 2018 · n.º 224, PIR 2019 · n.º 60, PIR 2019 · n.º 169, PIR 2021 · n.º 19, PIR 2022 · n.º 97, PIR 2025 · n.º 195

69 PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 1

¿A qué hace referencia la "holgazanería social" descrita por Latané, Williams y Harkins (1979)?:

1 A la tendencia a ejercer menor esfuerzo cuando se conjuntan los esfuerzos hacia una meta común que cuando la responsabilidad es individual. ✓

2 A la tendencia a pensar que las demás personas del grupo no se esfuerzan lo suficiente, en comparación a lo que se esfuerza uno mismo.

3 A la tendencia a eludir las responsabilidades individuales cuando la figura de autoridad (por ejemplo, un jefe) no está presente.

4 A la tendencia a trabajar lo mínimo posible si no hay un refuerzo externo que motive el esfuerzo.

La holgazanería social consiste en esforzarse menos en grupo que en solitario

Molero define la **holgazanería social** (social loafing) como la **reducción de las contribuciones individuales** cuando las personas trabajan en grupo respecto a cuando trabajan solas (Latané, Williams y Harkins, 1979). Es probablemente el factor de **pérdida de motivación** más investigado en el rendimiento grupal y se produce porque el **rendimiento individual no puede ser evaluado**, como cuando varios miembros tiran a la vez de una cuerda. Identificar a quien reduce su rendimiento hace que modifique su comportamiento. Gaviria la cita ya en la introducción como ejemplo de miembros que se aprovechan del esfuerzo de los demás.

1 Coincide con la definición del manual, que compara el esfuerzo en grupo con el esfuerzo en solitario.

2 La definición se refiere a la reducción del propio esfuerzo en grupo; el manual no la plantea como una percepción sobre el esfuerzo ajeno.

3 El manual compara el trabajo en grupo con el individual; la ausencia de una figura de autoridad no forma parte de la definición.

4 La falta de refuerzo externo no aparece en la definición; el manual relaciona el fenómeno con que el rendimiento individual no pueda evaluarse.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 7, págs. 233-234. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 1, pág. 7.

EN EL ATLAS

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

70

PSICOLOGÍA SOCIAL

M2 · El yo social y la cultura

Respuesta correcta: 2

¿Qué teoría explica la tendencia de las personas a reducir el impacto de la amenaza al concepto de sí mismo concentrándose y afirmando su competencia en alguna otra área?:

1 Teoría de la autopercepción de Bem (1972).

2 Teoría de la autoafirmación de Steele (1988). ✓

3 Teoría de la reactancia de Brehm (1966).

4 Teoría de la sobrejustificación de Deci y Ryan (1991).

La autoafirmación de Steele repara el yo amenazado con otras cualidades

Gaviria explica que, según la **teoría de la autoafirmación** (Steele, 1988), las personas con alta autoestima tienen una visión del yo con muchos atributos positivos que pueden usar para mejorar su autoimagen. Como el autoconcepto abarca muchas facetas, aumentar la autoestima en **cualquier aspecto del yo**, expresando los propios valores o mostrando las cualidades que se poseen, ayuda a **restaurar la imagen global** de uno mismo cuando ha sido dañada o amenazada. En el capítulo de actitudes el manual la aplica a la **disonancia**: reafirmar la competencia o los valores morales disminuiría la disonancia creada al comportarse en contra de las propias actitudes.

1 La autopercepción de Bem sostiene que inferimos cómo somos observando nuestro propio comportamiento, igual que hacemos con los demás.

2 Es la teoría que describe el manual para esa forma de proteger el yo.

3 La reactancia psicológica de Brehm es la reacción para recuperar la libertad cuando se siente amenazada, que lleva a luchar por lo que nos prohíben.

4 El efecto de sobrejustificación, que el manual expone dentro de la autopercepción, es la disminución de la motivación intrínseca en actividades asociadas a un refuerzo externo.

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. 132 y 134; cap. 6, pág. 171; cap. 7, pág. 191.

EN EL ATLAS

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

71 PSICOLOGÍA SOCIAL

M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión

Respuesta correcta: 3

¿Cómo conceptualizaron Latané y Darley (1970) el proceso de decisión de ayudar en una emergencia?:

1 En tres pasos: (1) interpretar la situación como emergencia; (2) observar lo que hacen las demás personas; (3) decidir qué se puede hacer.

2 En cuatro pasos: (1) prestar atención a la situación; (2) interpretar la situación como emergencia; (3) empatizar con la persona que necesita ayuda; (4) tomar la decisión de ayudar.

3 En cinco pasos: (1) prestar atención a la situación; (2) interpretar la situación como emergencia; (3) asumir la responsabilidad de ayudar; (4) decidir qué se puede hacer o cómo ayudar; (5) prestar ayuda. ✓

4 En seis pasos: (1) prestar atención a la situación; (2) interpretar la situación como emergencia; (3) observar lo que hacen las demás personas; (4) empatizar con la persona que necesita ayuda; (5) asumir la responsabilidad de ayudar; (6) prestar ayuda.

Latané y Darley describen cinco pasos antes de ayudar en una emergencia

Gaviria presenta el **modelo de decisión** de Latané y Darley (1970) como cinco pasos consecutivos, cada uno de los cuales lleva al siguiente o a la no intervención. La persona tiene que **darse cuenta** de que la situación es anormal, **interpretar** que es una emergencia, **asumir la responsabilidad** de actuar, considerarse **capaz** de ayudar y **tomar la decisión** de intervenir. En cada paso actúan obstáculos, como la distracción, la ambigüedad de la situación y la ignorancia pluralizada, la difusión de la responsabilidad, la falta de competencia percibida, la aprensión a la evaluación o que los costes superen las recompensas.

1 Se queda en tres pasos y convierte en paso la observación de los demás, que en el modelo es una fuente de información para interpretar la situación ambigua.

2 Omite la asunción de responsabilidad e introduce la empatía, que no forma parte del esquema.

3 Es la única opción con la secuencia de cinco pasos del modelo.

4 Añade como pasos propios la observación de los demás y la empatía; el modelo tiene cinco.

Ojo. La opción correcta formula los dos últimos pasos como «decidir qué se puede hacer o cómo ayudar» y «prestar ayuda»; la figura 9.2 del manual los llama «¿Se considera capaz de ayudar?» y «¿Toma la decisión de intervenir?».

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. 241-242.

EN EL ATLAS: Tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión. Se estudia con Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 147, PIR 2023 · n.º 199, PIR 2025 · n.º 198

72 PSICOLOGÍA SOCIAL

M7 · Estereotipos y prejuicio

Respuesta correcta: 1

En el estudio de los prejuicios, ¿cómo se denomina a la tendencia consistente en considerar a los miembros de fuera del grupo (exogrupo) como todos iguales y a los miembros del grupo (endogrupo) como más diferenciados?:

1 Efecto de homogeneidad relativa. ✓

2 Diferenciación del exogrupo.

3 Sesgo intragrupal.

4 Efecto de acentuación.

Ver al exogrupo homogéneo es el efecto de homogeneidad relativa

Gaviria explica que la **categorización** produce el **principio de acentuación**, que resalta las semejanzas dentro de una categoría y las diferencias entre categorías. Cuando la dimensión es la pertenencia grupal y el propio grupo entra en juego, se suma el **efecto de homogeneidad relativa del exogrupo**: «ellos» nos parecen todos iguales y «nosotros» conservamos nuestros rasgos diferenciadores, la **heterogeneidad endogrupal**. Aparece sobre todo en situaciones de competición entre grupos y no anula la acentuación. En el capítulo de estereotipos el manual lo retoma como **sesgo de homogeneidad exogrupal**.

1 Es el nombre que da el manual a esa tendencia.

2 El manual no usa el término «diferenciación del exogrupo» para esta tendencia.

3 El manual no usa el término «sesgo intragrupal». El sesgo a favor del propio grupo que describe es el favoritismo endogrupal, que valora mejor al endogrupo, no lo percibe más diferenciado.

4 El principio de acentuación exagera las semejanzas dentro de cada categoría y las diferencias entre categorías, sin distinguir entre el grupo propio y el ajeno.

Para fijarlo. «Ellos» son todos iguales; «nosotros», cada uno de su padre y de su madre.

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. 56-57; cap. 11, págs. 310 y 316.

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.

73 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L20 · Fiabilidad de los tests

Respuesta correcta: 2

La fuente principal de error de un coeficiente de fiabilidad calculado mediante formas alternativas de un test en aplicación diferida es:

1 El cambio en los contenidos de las formas más el muestreo de contenidos.

2 El muestreo de contenidos más el muestreo de tiempos. ✓

3 El cambio en los calificadores más el muestreo de calificadores.

4 El muestreo de contenidos más la heterogeneidad de los ítems.

En formas alternativas diferidas el error viene del muestreo de contenidos y de tiempos

Martínez Arias recuerda que todas las formas de estimar la fiabilidad reciben el nombre genérico de coeficiente de fiabilidad, pero estiman **fuentes de error distintas**, y las resume en su **tabla 2.1**. El test-retest recoge el **muestreo de tiempos**; las formas alternativas, el **muestreo de contenidos**; y las **formas alternativas en aplicación diferida** suman ambas fuentes, porque cambian a la vez los ítems y el momento de la medida. La consistencia interna depende del muestreo de contenidos y de la heterogeneidad de los ítems, y el acuerdo entre calificadores, del muestreo de calificadores.

1 Es la fuente de error del coeficiente de equivalencia entre formas alternativas; le falta el muestreo de tiempos que añade la aplicación diferida.

2 Es la fuente que la tabla 2.1 asigna a las formas alternativas en aplicación diferida.

3 El cambio y el muestreo de calificadores corresponden a la fiabilidad o acuerdo entre calificadores.

4 El muestreo de contenidos y la heterogeneidad de los ítems son la fuente de error del coeficiente de consistencia interna.

APROXIMACIONES AL CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE FIABILIDAD EN LA TCT (TABLA 2.1)

Fuente principal de error	Coeficiente de fiabilidad
Cambio en las puntuaciones a lo largo del tiempo. Muestreo de tiempos	Coeficiente de estabilidad temporal o test-retest
Cambios en los contenidos de las formas. Muestreo de contenidos	Coeficiente de equivalencia entre formas alternativas
Muestreo de contenidos + Muestreo de tiempos	Formas alternativas en aplicación diferida
Contenido de los ítems. Muestreo de contenidos y heterogeneidad de los ítems	Coeficiente de consistencia interna
Cambio en los calificadores. Muestreo de calificadores	Fiabilidad o acuerdo entre calificadores

Fuente: Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda (2006), cap. 2, tabla 2.1, pág. 51

Trampa. Cada distractor es la fuente de error real de otro coeficiente de la misma tabla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2006). Psicometría. Alianza. Cap. 2, tabla 2.1, pág. 51.

EN EL ATLAS

Tema L20 · Fiabilidad de los tests. Se estudia con Martínez Arias (Ampliación).

74

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

¿Qué índice hace referencia a la proporción de sujetos que realizan el test con los que se obtienen resultados correctos?:

1 Sensibilidad.

2 Eficacia. ✓

3 Valor predictivo positivo.

4 Especificidad.

La eficacia de un test es la proporción de resultados correctos

Cuando un test sirve para clasificar, sus índices de validez se calculan comparándolo con un **criterio estándar**, y la **tabla 10.4** de Martínez Arias los reúne. La **eficacia del test**, o probabilidad de obtener resultados correctos, responde a cuál es la proporción de sujetos que realizan el test con los que se obtienen resultados correctos; se calcula como (A + D) dividido por el total de casos. La **sensibilidad** y la **especificidad** se fijan solo en quienes tienen o no tienen el trastorno, y los **valores predictivos**, en quienes dan positivo o negativo en el test.

1. La sensibilidad o tasa de verdaderos positivos indica en qué grado el test es bueno para detectar a las personas que tienen el trastorno.
2. Es la definición de la eficacia del test en la tabla del manual.
3. El valor predictivo positivo responde a la probabilidad de tener el trastorno cuando se da positivo en el test.
4. La especificidad o tasa de verdaderos negativos indica en qué grado el test excluye correctamente a quienes no tienen el trastorno.

ÍNDICES DE VALIDEZ DE UN TEST DIAGNÓSTICO (EXTRACTO DE LA TABLA 10.4)

Índice	Cuestión a la que responde
Sensibilidad	Grado en que el test es bueno para detectar a las personas que tienen el trastorno
Especificidad	Grado en que el test es bueno para excluir correctamente a los que no tienen el trastorno
Valor predictivo positivo	Si una persona da positivo en el test, ¿cuál es la probabilidad de que tenga el trastorno?
Eficacia del test	¿Cuál es la proporción de sujetos que realizan el test con los que se obtienen resultados correctos?

Fuente: Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda (2006), cap. 10, tabla 10.4, pág. 286

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2006). Psicometría. Alianza. Cap. 10, tabla 10.4, pág. 286.

EN EL ATLAS Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Se estudia con Martínez Arias (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 52, PIR 2016 · n.º 42, PIR 2025 · n.º 11

75 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 2

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 define el **error tipo I** como rechazar una hipótesis nula que en realidad es verdadera, con probabilidad **α**, y el **error tipo II** como aceptar una hipótesis nula falsa, con probabilidad **β**; su complementario, 1 − β, es la **potencia** del contraste. En todo contraste el investigador fija a priori el **nivel de significación**, que es la probabilidad de error tipo I, y su complementario, el nivel de confianza, que corresponde a la decisión correcta de no rechazar una hipótesis nula verdadera. Con un nivel de significación de 0,005, la probabilidad de rechazar H0 siendo verdadera es 0,005.

1. Mantener H0 siendo falsa es el error tipo II, cuya probabilidad es β y no la fija el nivel de significación.
2. Es la definición del nivel de significación como probabilidad de error tipo I.
3. 0,995 es el nivel de confianza, la probabilidad de no rechazar una H0 verdadera. Mantener una H0 falsa es el error tipo II.
4. Rechazar H0 siendo verdadera tiene probabilidad 0,005; 0,995 es su complementario, el nivel de confianza.

Trampa. Las opciones combinan dos probabilidades complementarias, 0,005 y 0,995, con los dos errores posibles; solo una pareja encaja.

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 2014 · n.º 27, PIR 2015 · n.º 4, PIR 2016 · n.º 43, PIR 2023 · n.º 16, PIR 2025 · n.º 14

76 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 4

El hecho de que los dos factores principales que afectan a la potencia sean el tamaño del efecto y el tamaño de la muestra implica que:

1 El tamaño del efecto toma en cuenta la diferencia predicha entre medias (cuanto mayor es la diferencia, mayor es d) y la varianza muestral (cuanto mayor es la varianza muestral, mayor es d).

2 El tamaño del efecto influye en la potencia, ya que, a mayor tamaño del efecto, mayor es la superposición entre las distribuciones de medias de la población predicha y el área de rechazo de la distribución de medicas correspondiente a la población comparativa.

3 Con un determinado tamaño del efecto, los estudios con más potencia tienen intervalos de confianza más largos.

4 A mayor muestra, menor es la varianza de la distribución de medias, de forma tal que para un determinado tamaño del efecto existe menor superposición entre las distribuciones. ✓

Con más muestra la distribución muestral se estrecha y se solapa menos

Pardo y San Martín explican que β, y por tanto la **potencia**, depende de α, del **error típico** de la distribución muestral y de la distancia entre el valor de H0 y el verdadero. Para una distancia dada, el **solapamiento** entre las curvas es mayor cuanto mayor es el error típico, y cuanto mayor es el solapamiento, mayor es β. Al **aumentar n** se reduce el error típico, con lo que bajan los errores tipo II y sube la potencia; es la solución más eficaz y sencilla. A su vez, cuanto más se aleja el verdadero valor del de H0, mayor es el **tamaño del efecto** y menor el área β.

1 La primera parte es correcta, pero el tamaño del efecto expresa la diferencia en unidades de desviación típica, de modo que una mayor variabilidad da un tamaño del efecto menor.

2 A mayor tamaño del efecto, la curva de H1 se aleja de la de H0, el solapamiento disminuye y el área β se hace más pequeña.

3 Al aumentar el tamaño muestral disminuye la amplitud del intervalo de confianza, así que los estudios con más muestra, y más potencia, tienen intervalos más estrechos.

4 Recoge el mecanismo del manual, porque al aumentar n se reduce el error típico, disminuye el solapamiento y sube la potencia.

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; cap. 4, págs. 143-144. Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Síntesis. Cap. 7, pág. 210.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 223, PIR 2019 · n.º 163, PIR 2023 · n.º 11

77 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad

Respuesta correcta: 2

Señale la respuesta FALSA:

1 La distribución normal es asintótica con respecto al eje de abscisas.

2 Hay toda una familia de curvas normales, dependiendo de los valores de la media y desviación típica. De entre ellas, la más importante es la que tiene media 100 y desviación típica 15, para la que Wechsler propuso el nombre de distribución normal unitaria. ✓

3 Cualquier combinación lineal de variables aleatorias normales se ajusta también al modelo normal.

4 Los puntos de inflexión en una distribución normal se encuentran en los puntos correspondientes a la media más/menos una desviación típica.

La normal tipificada tiene media 0 y desviación típica 1

Pardo, Ruiz y San Martín enumeran las propiedades de las **curvas normales**: son simétricas, **asintóticas** respecto al eje de abscisas, tienen dos **puntos de inflexión** a una desviación típica por encima y por debajo de la media, y cualquier **combinación lineal** de variables normales también se distribuye según el modelo normal. Las tablas recogen una curva especial, la **normal tipificada** o estandarizada, con media 0 y desviación típica 1, que se escribe N(0, 1). Suárez Falcón la llama también normal estándar. La opción 2 es la falsa porque sitúa la curva de referencia en media 100 y desviación típica 15.

1 Es verdadera, porque por mucho que se extienda la curva nunca llega a tocar el eje de abscisas.

2 Es la falsa. La curva de referencia es la normal tipificada, N(0, 1), con media 0 y desviación típica 1.

3 Es verdadera; el manual la enuncia como propiedad de las variables normalmente distribuidas.

4 Es verdadera, porque los puntos de inflexión están a una desviación típica por encima y por debajo de la media.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 343-344. Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2009). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Síntesis. Cap. 5, pág. 142.

EN EL ATLAS: Tema L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 227

78 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la nueva regla de medida que la teoría de la respuesta al ítem propone en contraposición a las reglas de la teoría clásica de los test?:

1 Pueden establecerse comparaciones en general entre formas diferentes de test, sin el requerimiento del paralelismo. ✓

2 Formatos mixtos de ítems llevan a desequilibrios de ponderación de las puntuaciones totales.

3 Test largos son más fiables que test cortos.

4 En el análisis de las propiedades psicométricas se enfatiza el test como unidad de análisis.

La TRI permite comparar formas distintas de un test sin exigir paralelismo

Martínez Arias recoge en la **tabla 5.1**, adaptada de Embretson y Reise (2000), diez **viejas reglas** de la medida en la TCT frente a las **nuevas reglas** de la TRI. Una de ellas cambia la exigencia del **paralelismo**. En la TCT solo pueden compararse formas múltiples de un test cuando son paralelas, y en la TRI pueden compararse en general formas diferentes sin ese requisito. Las otras tres opciones son reglas viejas: los tests largos son más fiables que los cortos, los formatos mixtos desequilibran la ponderación y el análisis toma el **test global** como unidad, mientras que la TRI se basa en las propiedades de los ítems.

1 Es la nueva regla de la TRI frente al requisito de paralelismo de la TCT.

2 Es una regla vieja de la TCT. En la TRI, los formatos mixtos pueden proporcionar puntuaciones óptimas.

3 Es una regla vieja. En la TRI se mantienen las relaciones entre fiabilidad y longitud, pero los tests cortos pueden ser más fiables que los largos.

4 Es una regla vieja. En la TRI las propiedades psicométricas se basan en las propiedades de los ítems.

VIEJAS Y NUEVAS REGLAS DE LA MEDIDA (EXTRACTO DE LA TABLA 5.1)

Viejas reglas (TCT)	Nuevas reglas (TRI)
Tests largos son más fiables que tests cortos	Tests cortos pueden ser más fiables que tests largos
Pueden establecerse comparaciones entre formas múltiples de tests cuando las formas son paralelas	Pueden establecerse comparaciones en general entre formas diferentes de tests, sin el requisito del paralelismo
Formatos mixtos de ítem llevan a desequilibrios de ponderación en las puntuaciones totales	Formatos mixtos pueden proporcionar puntuaciones óptimas
En el análisis de las propiedades psicométricas se enfatiza el test global como unidad de análisis	Las propiedades psicométricas se basan en las propiedades de los ítems

Fuente: Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda (2006), cap. 5, tabla 5.1, pág. 125

Trampa. Tres opciones son reglas reales, pero de la columna de la TCT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2006). Psicometría. Alianza. Cap. 5, tabla 5.1, pág. 125.

EN EL ATLAS Tema L23 · Teoría de respuesta al ítem. Se estudia con Martínez Arias (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 41

79 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 3

Siguiendo la taxonomía de Murdock (2016), adaptada por Wampold (2019), para ordenar el mosaico que es el campo de la psicoterapia y delinear los diferentes modelos disponibles en la actualidad, éstos deben cumplir con ciertas propiedades y características. ¿Qué modelo teórico se sustenta en una epistemología que proviene de la fenomenología?:

1 Modelo cognitivo-conductual.

2 Modelo psicodinámico.

3 Modelo humanista-existencial. ✓

4 Modelo contextual.

El modelo humanista-existencial se apoya en la fenomenología

En el manual de Fonseca, Gimeno-Peón y colaboradores ordenan el campo de la psicoterapia con la taxonomía de **Murdock (2016)** adaptada por **Wampold (2019)**. Cada modelo debe tener, como mínimo, una epistemología, una perspectiva sobre la motivación humana, una explicación del desarrollo, una definición de salud mental, un encuadre psicoterapéutico y unos objetivos. Su **tabla 2.1** recoge cuatro grandes modelos. La epistemología es **positivista/pospositivista** en el cognitivo-conductual, **positivista/realista** en el psicodinámico, la **fenomenología** en el humanista-existencial y la teoría general de sistemas y la cibernética en el sistémico-familiar.

1 El modelo cognitivo-conductual tiene una epistemología positivista/pospositivista.

2 El psicodinámico figura en la tabla con una epistemología positivista/realista.

3 La tabla asigna la fenomenología al modelo humanista-existencial.

4 El cuarto modelo de la tabla es el sistémico-familiar, basado en la teoría general de sistemas y la cibernética; un modelo «contextual» no figura entre los cuatro.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, tabla 2.1, págs. 71-72.

EN EL ATLAS: Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Fonseca Adultos no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 139

80

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿En qué teoría relacionada con las fobias se sugiere que, desde el punto de vista del sujeto, existe una respuesta nociva "Gestaltlike"?:

1. Modelo de Watson y Rayner.
2. Teoría de incubación de la ansiedad de Eysenck. ✓
3. Modelo bifactorial mediacional de Mowrer.
4. Teoría de preparación de Seligman.

La incubación de Eysenck describe una respuesta nociva «Gestaltlike»

Belloch repasa las **teorías del condicionamiento** de las fobias. Eysenck formuló la **teoría de la incubación** para explicar la paradoja neurótica, el aumento del miedo en situaciones de no reforzamiento. La ansiedad se adquiere por condicionamiento pavloviano de tipo B, en el que la propia **RC** puede actuar como reforzador por su similitud con la RI. Eysenck sugiere que, desde el punto de vista del sujeto, existe una **respuesta nociva «Gestaltlike»** en la que se experimentan a la vez el EI y la RI; esa respuesta se asocia al EC y la RC añade otro incremento de dolor o miedo. Según la **ley de incubación**, una RC fuerte con exposiciones breves al EC aumenta la ansiedad.

1. Watson y Rayner (1920) partían del principio de equipotencialidad, según el cual cualquier estímulo neutro puede adquirir la propiedad de provocar miedo al asociarse con estímulos nocivos.
2. La respuesta nociva «Gestaltlike» es un concepto de la teoría de la incubación de Eysenck.
3. El modelo de Mowrer integra el condicionamiento clásico y el operante; el miedo condicionado media y motiva la conducta de evitación.
4. La preparación de Seligman sostiene que no todos los estímulos se asocian por igual a las respuestas de miedo, frente a la equipotencialidad.

TEORÍAS DEL CONDICIONAMIENTO DE LAS FOBIAS

Teoría	Idea central
Watson y Rayner (1920)	Cualquier situación o estímulo inicialmente neutro puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo
Bifactorial mediacional de Mowrer	Integra el condicionamiento clásico y el operante
Preparación de Seligman	No todos los estímulos se asocian por igual a las respuestas de miedo
Incubación de Eysenck	En ciertas condiciones de no reforzamiento la ansiedad puede aumentar en lugar de reducirse

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 2, págs. 39-41

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. 39-41.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 116

81

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

En relación con el trastorno de ansiedad social:

1. En los adultos mayores, la ansiedad social puede incluir la mejora de los síntomas de enfermedades médicas.
2. El inicio tardío predice la aparición posterior de cuadros depresivos y abuso de sustancias, lo cual, además, predice altos niveles de disfuncionalidad e interferencia en la vida de las personas.
3. Raramente ocurre de manera aislada. ✓
4. Las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en pacientes de género femenino.

La ansiedad social raramente aparece sola

Belloch señala que el **trastorno de ansiedad social** raramente ocurre de manera aislada. Suele presentarse con otras condiciones, sobre todo otros **trastornos de ansiedad**, la **depresión** y el abuso de sustancias, y un elevado porcentaje de personas tiene al menos una condición clínica adicional. Además, el **inicio temprano** predice la aparición posterior de cuadros depresivos y abuso de sustancias. El DSM-5-TR añade que en los adultos mayores puede incluir la **exacerbación** de síntomas de enfermedades médicas y que, en población clínica, las cifras son similares o algo más altas en varones, lo que apunta a una mayor búsqueda de ayuda en ellos.

1. En los adultos mayores la ansiedad social puede incluir la exacerbación de síntomas médicos, como el aumento del temblor o la taquicardia.
2. Es el inicio temprano el que predice la aparición posterior de cuadros depresivos y abuso de sustancias.
3. Coincide con el manual, que añade que suele presentarse de manera comórbida con un amplio conjunto de signos y síntomas clínicos.
4. Las funciones del género y las expectativas sociales explicarían una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes varones.

> **Trampa.** Las opciones 1, 2 y 4 copian frases del DSM y del manual cambiando una sola palabra: mejora por exacerbación, tardío por temprano y femenino por masculino.

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. 81-82. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, pág. 231.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 124

82

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Según el DSM-5, en el trastorno de depresión mayor:

1. La hipersomnia y la hiperfagia son más probables en personas mayores.
2. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia. ✓
3. La diferencia con un proceso de duelo radica en que la disforia en el duelo aumenta en intensidad, en días o semanas, en función de la expectativa de volver a ser feliz.
4. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio que, además, en la mayoría de los suicidios consumados se han precedido de intentos fallidos.

Los síntomas residuales durante la remisión predicen la recurrencia

En el apartado de **desarrollo y curso** del trastorno de depresión mayor, el DSM-5-TR indica que el riesgo de recurrencia baja conforme se alarga la remisión y es mayor tras episodios graves, en jóvenes y en quienes han tenido varios episodios. Añade que la **persistencia de síntomas depresivos durante la remisión**, aunque sean leves, predice claramente la **recurrencia**. Recoge también que la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los jóvenes y que la disforia del **duelo** disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas ligadas a recuerdos del difunto.

1. La hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes; en los mayores son más frecuentes los síntomas melancólicos.
2. Es el dato del manual sobre el curso del trastorno.
3. En el duelo la disforia disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas. El estado de ánimo deprimido de la depresión es más persistente.
4. La primera parte es correcta, pero la mayoría de las muertes por suicidio no se han precedido de intentos no letales.

Ojo. El enunciado cita el DSM-5; el de 2014 recoge los mismos pasajes en las págs. 161 y 165-167, y el DSM-5-TR los mantiene. La traducción del DSM-5-TR llama «punzadas de culpa» a las oleadas que el DSM-5 llamaba «punzadas del duelo».

Trampa. Las opciones 1 y 4 invierten un detalle de una frase real del DSM: jóvenes por mayores y «no se han precedido» por «se han precedido».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de depresión mayor, págs. 184 y 188-190. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 161 y 165-167.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 194, PIR 2016 · n.º 114, PIR 2025 · n.º 115

83

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Señale la respuesta correcta sobre la activación conductual como tratamiento psicológico para la depresión:

1 Las actividades que se programan son aquellas que el análisis funcional revele como significativas, con independencia de que puedan ser evitaciones.

2 La versión formalizada por Jacobson et al. (1996) recupera la Ley de igualación de Hernstein (1970) para insistir en la importancia del reforzamiento positivo que tendrían ciertas conductas de la persona deprimida.

3 Las actividades que se programan son actividades agradables (por ejemplo, ver amigos, salir a pasear, ir al cine, etc.).

4 Los estudios coste-beneficio la han revelado como la intervención más eficiente en un sistema público de salud, en particular si se compara con la terapia cognitiva. ✓

La activación conductual resulta la intervención más eficiente en un sistema público de salud

Fonseca recoge que la **activación conductual** (AC) nació del análisis de Jacobson et al. (1996) sobre los componentes de la terapia cognitiva de Beck y recupera la explicación de Ferster y Lewinsohn de la depresión como pérdida de **reforzamiento positivo**. Las actividades que programa son las que el **análisis funcional** revele como fuentes de reforzamiento, sobre todo a la larga, siempre que no sean **evitaciones**; el manual las distingue de las supuestas actividades gratas del tratamiento de Lewinsohn. La AC ha mostrado su efectividad y, según los **estudios coste-beneficio**, es la intervención más eficiente en un sistema público de salud, en particular frente a la terapia cognitiva.

1 El manual exige que las actividades programadas no sean evitaciones.

2 Fue la terapia breve de activación conductual de Lejuez y colaboradores la que recuperó la ley de igualación de Hernstein; la versión de Jacobson insistió más en el reforzamiento negativo.

3 Ver amigos, salir a pasear o ir al cine son los ejemplos de actividades gratas del tratamiento de Lewinsohn, de las que el manual distingue las que programa la AC.

4 Es el dato que da el manual, apoyado en Richards et al. (2016).

Trampa. La opción 2 atribuye a la versión de Jacobson lo que el manual atribuye a la terapia breve de activación conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 311-314.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 158, PIR 2025 · n.º 118

84

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

En relación con la terapia interpersonal para la depresión:

1. Es una terapia que enfatiza la influencia decisiva de las relaciones tempranas en los patrones interpersonales disfuncionales implicados en la depresión.
2. Es una terapia orientada desde el diagnóstico. ✓
3. Es una terapia con más fundamento teórico que empírico.
4. Es una terapia estructurada por fases y objetivos que debería llevarse a cabo en 10 sesiones.

La terapia interpersonal está orientada desde el diagnóstico

Fonseca explica que la **terapia interpersonal** (TIP) nació en un ensayo clínico de Klerman y colaboradores y asume una relación entre el inicio o la recurrencia de la depresión y las **relaciones interpersonales del momento presente**. Siguiendo a Bleiberg y Markowitz (2008), es focalizada y temporalmente determinada, **empíricamente fundamentada**, **orientada desde el diagnóstico**, con foco en el aquí y ahora y centrada en los problemas interpersonales. Trabaja cuatro áreas, que son el duelo, las disputas del rol, las transiciones del rol y los déficits interpersonales. Es una intervención estructurada por fases de unas **12 sesiones**, ampliables a 16.

1. La TIP pone el foco en el aquí y ahora y en las relaciones interpersonales del momento presente.
2. Es una de las características de la TIP que recoge el manual.
3. El manual cita a Pérez-Álvarez y García-Montes (2003), que la consideran una terapia pragmática con más fundamento empírico que teórico.
4. Está estructurada por fases y objetivos, pero el protocolo general implica unas 12 sesiones, que pueden llegar a 16.

Trampa. La opción 3 invierte la valoración del manual, más empírica que teórica, y la 4 acierta en la estructura pero falla en el número de sesiones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-316.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 121, PIR 2017 · n.º 134, PIR 2018 · n.º 184, PIR 2019 · n.º 30, PIR 2019 · n.º 32, PIR 2021 · n.º 156, PIR 2021 · n.º 179, PIR 2022 · n.º 155, PIR 2022 · n.º 157, PIR 2025 · n.º 114

85 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Según Wampold (2011), ¿qué característica de las siguientes se asocia con los especialistas en psicología clínica más eficaces?:

1 Tienen una dilatada experiencia clínica.

2 Son conscientes de sus procesos psicológicos internos y no los "inyectan" en el proceso psicoterapéutico. ✓

3 Han realizado un proceso de psicoterapia personal reglado.

4 Proporcionan una explicación técnica del problema basada en un modelo teórico contrastado.

Los clínicos más eficaces no inyectan sus procesos internos en la terapia

Gimeno cierra el capítulo sobre habilidades interpersonales con el listado de **Wampold (2011)** sobre las características y acciones de los **clínicos más eficaces**. Entre ellas figuran crear alianzas con una amplia variedad de pacientes, ofrecer una explicación del problema aceptable y adaptativa, monitorizar los progresos y ser **conscientes de sus procesos psicológicos internos** sin «inyectarlos» en la terapia, salvo con fines terapéuticos e intencionados, como en las autorrevelaciones. En el capítulo anterior, al revisar los **efectos del terapeuta**, el manual descarta que los años de experiencia o haber pasado por terapia personal diferencien a los profesionales que obtienen mejores resultados.

1 Los años de experiencia no han mostrado ser una característica que diferencie los resultados de unos profesionales y otros. El manual añade que, de media, los resultados empeoran ligeramente con el paso del tiempo (Goldberg et al., 2016b).

2 Es uno de los rasgos del listado de Wampold que recoge el manual.

3 No se han hallado pruebas concluyentes de que pasar por terapia personal influya en los resultados (Malikiosi-Loizos, 2013).

4 El listado habla de una explicación del problema que resulte aceptable y adaptativa para el consultante, una formulación de caso útil. Además, el manual indica que la orientación teórica no explica los efectos del terapeuta.

Trampa. Las opciones 1 y 3 recogen creencias muy extendidas sobre el buen terapeuta que la investigación revisada en el manual no confirma.

Para fijarlo. Para recordar el listado de Wampold, piensa en lo que el clínico hace en sesión: alianza, explicación aceptable, monitorización y control de lo propio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 4, págs. 74-75, y cap. 5, pág. 88.

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 2023 · n.º 63, PIR 2023 · n.º 131

86 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes factores es mejor predictor del resultado de un tratamiento psicológico?:

1 El diagnóstico.

2 La cronicidad del problema.

3 El tipo de población.

4 El nivel de angustia pretratamiento. ✓

La angustia previa al tratamiento predice el resultado mejor que el diagnóstico

Fonseca dedica el capítulo 3 a las **características del consultante** que influyen en la respuesta a la psicoterapia. En el apartado sobre **nivel de funcionalidad y comorbilidad** recoge que, según Clarkin y Levy (2004), la gravedad de los síntomas y el deterioro funcional premórbido se asocian con un peor pronóstico, y que los consultantes más graves necesitan más sesiones para mejorar. A continuación afirma que el **nivel de angustia pretratamiento** parece ser un mejor predictor del resultado que el **diagnóstico**, la **cronicidad del problema** o el **tipo de población** (Brown et al., 2001; Hansen et al., 2002; Hansen y Lambert, 2003).

1. El diagnóstico es uno de los tres factores con los que el manual compara la angustia pretratamiento, y predice peor el resultado.
2. La cronicidad del problema aparece en la misma frase, también como peor predictor que la angustia previa.
3. El tipo de población completa la lista de factores que predicen peor el resultado.
4. Es el factor que el manual señala como mejor predictor.

Trampa. Las cuatro opciones salen de la misma frase del manual; hay que recordar cuál de ellas es el término de comparación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, págs. 90-91.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 191, PIR 2025 · n.º 78

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de los siguientes niveles de asimilación de los problemas que se trabajan en psicoterapia (Stiles, 2001) se encontraría una persona que enuncia claramente su problema, identifica y diferencia contenidos mentales opuestos, muestra un afecto negativo pero manejable, sin entrar en pánico?:

1 Aplicación/elaboración.

2 Comprensión/insight.

3 Declaración del problema/clarificación. ✓

4 Integración/dominio.

Enunciar el problema con un afecto manejable corresponde al nivel 3 de asimilación

Fonseca presenta el **modelo de asimilación de Stiles (2001)**, según el cual la psicoterapia exitosa avanza por una secuencia de reconocimiento, reformulación, comprensión y resolución de las experiencias problemáticas. Su tabla 3.9 recoge los ocho niveles de la escala **APES** (Assimilation of Problematic Experiences Scale). En el nivel 3, **declaración del problema/clarificación**, el contenido incluye un enunciado claro del problema, los **contenidos mentales opuestos** se identifican y diferencian, y el afecto es **negativo pero manejable**, sin pánico. El caso del enunciado reproduce esos tres rasgos.

1. En el nivel 5, aplicación/elaboración, la comprensión ya se utiliza para trabajar en el problema y el tono afectivo es positivo y optimista.
2. En el nivel 4, comprensión/insight, la experiencia está formulada, comprendida y conectada con la propia biografía, y el afecto puede ser mixto.
3. Coincide con la descripción del nivel 3 en la tabla 3.9.
4. El nivel 7, integración/dominio, es el último de la escala. El cliente generaliza las soluciones y el problema ha dejado de ser un problema.

NIVELES DE ASIMILACIÓN DEL PROBLEMA (STILES, 2001), EXTRACTO DE LA TABLA 3.9

Nivel	Etiqueta	Características
3	Declaración del problema/clarificación	Los contenidos mentales opuestos se identifican y diferencian. El afecto es negativo pero manejable, no se entra en pánico
4	Comprensión/insight	La experiencia problemática está formulada, comprendida y conectada con la propia biografía
5	Aplicación/elaboración	La comprensión se utiliza para trabajar en el problema
7	Integración/dominio	El cliente generaliza automáticamente las soluciones

Fuente: Fonseca-Pedrero (coord.) (2021), cap. 3, tabla 3.9, pág. 102

Para fijarlo. En el nivel 3 el problema ya tiene nombre y no da pánico; entenderlo y conectarlo con la propia historia llega en el 4.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, tabla 3.9, págs. 101-102.

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

88 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

Rogers describió tres condiciones que, según él, serían condiciones necesarias y suficientes para que la psicoterapia fuera eficaz. Hoy en día, la evidencia disponible muestra que:

1 Ninguna de las tres condiciones correlaciona con los resultados de la psicoterapia.

2 La empatía y la consideración positiva muestran resultados prometedores, pero hace falta más investigación.

3 La autenticidad del terapeuta es un elemento probablemente eficaz. ✓

4 La congruencia goza de mayor nivel de evidencia que la consideración positiva.

La autenticidad del terapeuta figura como elemento probablemente eficaz

Gimeno recuerda que Rogers (1957) propuso la **comprensión empática**, la **consideración positiva** y la **autenticidad** como condiciones necesarias y suficientes para el éxito de la terapia. Hoy la investigación ha mostrado indicios bastante claros acerca de las tres, y está aceptado que son necesarias, aunque no suficientes. La tabla 7.1, adaptada de **Norcross y Wampold (2018)**, gradúa la eficacia de cada elemento de la relación. La empatía y la consideración positiva y afirmación figuran como eficaces, y la **congruencia/autenticidad**, como **probablemente eficaz**.

1 La investigación ha mostrado indicios bastante claros acerca de las tres condiciones, y la empatía explica el 9 % de la varianza de los resultados (Elliot et al., 2018).

2 Las dos están en el nivel más alto de la tabla 7.1, el de los elementos eficaces. La etiqueta «prometedores, pero hace falta más investigación» corresponde a las autorrevelaciones y la inmediatez.

3 La congruencia/autenticidad aparece en la tabla como probablemente eficaz.

4 La consideración positiva está en el nivel de eficaz y la congruencia en el de probablemente eficaz, así que es la congruencia la que tiene menos respaldo.

NIVEL DE EFICACIA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A RELACIONES TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA (EXTRACTO DE LA TABLA 7.1)

Nivel de eficacia	Elementos de la relación
Eficaz	Colaboración. Consenso en las metas. Empatía. Consideración positiva y afirmación
Probablemente eficaz	Congruencia/autenticidad. Relación real. Gestión de la contratransferencia. Reparar rupturas en la alianza
Resultados prometedores, pero hace falta más investigación	Autorrevelaciones. Inmediatez

Fuente: Gimeno Peón (2021), cap. 7, tabla 7.1, pág. 113 (adaptada de Norcross y Wampold, 2018)

Trampa. Las opciones 2 y 4 mezclan los niveles de la tabla de Norcross y Wampold; conviene saber en qué escalón está cada elemento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, tabla 7.1, págs. 113 y 128.

EN EL ATLAS: Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 158, PIR 2022 · n.º 190

89 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina, en terapia familiar sistémica, a la técnica de la escuela estructural en la que el psicólogo clínico dirige a los miembros de la familia para que hablen o interactúen entre ellos con el objetivo de observar y modificar las pautas de interacción familiar?:

1 Acomodación.

2 Desequilibrio.

3 Enfoque.

4 Escenificación. ✓

En la escenificación la familia interactúa en sesión bajo la dirección del terapeuta

Moreno Fernández describe la **terapia estructural** de Minuchin en cuatro fases (joining y acomodación, diagnóstico estructural, cuestionamiento del síntoma y reestructuración) y una serie de técnicas. La primera es la **escenificación** (enactment), en la que el terapeuta dirige a los miembros de la familia para que hablen o interactúen entre ellos con el objetivo de observar y modificar las **pautas de interacción** familiar. El manual la considera algo más que una técnica, una actitud que lleva a la familia a actuar su relación en el aquí y ahora en lugar de hablar sobre ella. Rodríguez Morejón la describe como la aparición provocada en sesión de las interacciones problemáticas.

1 La acomodación forma parte de la primera fase, joining y acomodación, en la que el terapeuta se une al sistema familiar y se adapta a su estilo para ganarse su confianza.

2 El desequilibrio busca modificar una relación rígida al cambio. El terapeuta se pone del lado de un miembro, habitualmente el más débil, y después compensa ese apoyo con los demás.

3 El enfoque no figura entre las técnicas estructurales que recoge el manual (escenificación, trazado de límites, intensidad e inducción de crisis, desequilibrio y potenciar los recursos y la competencia familiar).

4 Es la definición de escenificación del manual.

Para fijarlo. Escenificar es poner a la familia en escena: que discutan delante del terapeuta en lugar de contárselo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 7, págs. 220-221 y 225-228. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 25, págs. 430-433.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 41, PIR 2020 · n.º 143, PIR 2021 · n.º 163, PIR 2022 · n.º 187

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto al concepto de juego familiar desarrollado por Selvini Palazzoli?:

1 Otorga un papel prioritario al análisis sincrónico de las relaciones familiares.

2 Utiliza técnicas estratégicas con un componente lúdico para la reorganización de los límites intrafamiliares.

3 Analiza elementos contextuales para describir a las familias, obviando las creencias, valores y estrategias individuales.

4 Una de sus bases teóricas es la metáfora del juego de Michel Crozier. ✓

Selvini Palazzoli tomó de Michel Crozier la metáfora del juego

Moreno Fernández repasa las etapas teóricas de la **escuela de Milán**. Tras la perspectiva comunicacionalista y la cibernética, el grupo adopta la **metáfora del juego**, tomada de **Michel Crozier**, para analizar a la vez las reglas generales que respetan todos los miembros y los movimientos de cada uno. Esa visión permite «abrir la caja negra» e hipotetizar sobre la estrategia, la intencionalidad y los sentimientos con los que cada individuo se adapta al funcionamiento familiar. El síntoma se analiza como **estrategia** y en términos de **proceso**, con una dimensión temporal que hasta entonces se obviaba.

1 Con el juego familiar el síntoma deja de estudiarse solo por su función en el aquí y ahora y pasa a verse como proceso, con dimensión temporal.

2 El juego es una metáfora para entender las disfunciones y orientar el tratamiento. La reorganización de límites entre subsistemas pertenece a la terapia estructural.

3 El modelo tiene en cuenta la estrategia, la intencionalidad y los objetivos de cada individuo, y abandona el reduccionismo que atribuía a la familia cualquier manifestación sintomática.

4 Es la base teórica que el manual atribuye a esta etapa de la escuela.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Fernández, A. (ed.) (2015). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer. Cap. 9, págs. 271-272.

EN EL ATLAS: Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Moreno Sistémica (Ampliación).

91 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias Revisar

Respuesta correcta: 4

En la aplicación de la entrevista motivacional, ¿cuándo es conveniente que el clínico utilice el reflejo?:

1 Cuando el discurso es muy abundante.

2 Cuando el discurso es muy escaso.

3 Cuando se escuche discurso de mantenimiento.

4 Cuando se escuche discurso de cambio. ✓

En la entrevista motivacional se refleja el discurso de cambio para reforzarlo

Penadés expone la **entrevista motivacional** en el tratamiento de las adicciones. La **escucha reflexiva** es una de sus habilidades básicas y se recomienda hacer de media dos reflejos por cada pregunta. En el proceso de evocación el profesional busca que la persona incremente el **discurso de cambio**, preparatorio y movilizador, y para ello se sirve de preguntas abiertas, de **reflejos** y del refuerzo del discurso de cambio cuando aparece. Ante el **discurso de mantenimiento**, el manual propone reflejos a dos bandas que empiezan por el mantenimiento y terminan en el cambio, para dar a este la intensidad de la recencia.

1. El manual no vincula el uso del reflejo con la abundancia del discurso. Lo que orienta la intervención es el tipo de discurso, y el que se busca aumentar es el de cambio.
2. Tampoco presenta la escasez de discurso como indicación del reflejo.
3. El manual también usa reflejos ante el discurso de mantenimiento. Señala que a veces reflejarlo activa la postura contraria y, en los reflejos a dos bandas, recomienda empezar por él y terminar con el discurso de cambio. El objetivo sigue siendo que este crezca.
4. Reflejar el discurso de cambio es una de las vías que el manual propone para evocarlo y reforzarlo.

Ojo. La regla que sostiene la clave, que se obtiene más de aquello que se refleja, es de Miller y Rollnick (3.ª ed.), que no está en el corpus. Penadés respalda la opción 4, pero admite reflejar el discurso de mantenimiento (págs. 635-636 y cuadro 26.10, pág. 638) y no descarta de forma expresa las opciones 1 y 2.

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. 633 y 635-638.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 148, PIR 2021 · n.º 52, PIR 2023 · n.º 205

92 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 1

El modelo de Valeria Ugazio identifica una polaridad semántica predominante en las familias de pacientes con distintos trastornos. Señale la relación correcta:

1 Poder y trastornos de la conducta alimentaria. ✓

2 Bondad y trastornos del estado de ánimo.

3 Justicia y trastornos obsesivos.

4 Seguridad y trastornos fóbicos.

Ugazio asocia la polaridad del poder a los trastornos de la conducta alimentaria

Rojí y Saúl presentan el modelo de **Valeria Ugazio** en el capítulo sobre las innovaciones epistemológicas y conceptuales de los tratamientos sistémicos. Su concepto principal es la **polaridad semántica familiar**: la conversación de cada familia se organiza en polaridades de significado antagonistas, y sus miembros no pueden dejar de definirse en ellas. Ugazio identifica una polaridad predominante según el trastorno. La **libertad** es central en los trastornos fóbicos, la **bondad** en los obsesivos y el **poder** en los trastornos de la conducta alimentaria, donde la conversación se organiza en torno a vencedores y perdedores. Esa polaridad es condición necesaria, pero no suficiente, para que aparezca el trastorno.

1 Es la asociación que recoge el manual.

2 La bondad, en su versión «bueno-malo», es la dimensión crítica del trastorno obsesivo-compulsivo. El capítulo atribuye el estudio de la depresión a otro modelo, el de Linares y Campo.

3 La polaridad «justo-injusto» aparece solo como ejemplo general de polaridad, y Ugazio no la vincula a ningún trastorno. En los obsesivos la central es la bondad.

4 En los trastornos fóbicos la polaridad central es la libertad, con un progenitor percibido como «libre», «autónomo» y «fuerte».

POLARIDAD SEMÁNTICA PREDOMINANTE SEGÚN EL TRASTORNO (UGAZIO)

Polaridad	Trastorno
Libertad	Trastornos fóbicos
Bondad («bueno-malo»)	Trastorno obsesivo compulsivo
Poder	Trastornos de la conducta alimentaria

Fuente: Rojí y Saúl (2022), cap. 9, apdo. 7

Ojo. El PDF de Rojí y Saúl (2022) del corpus no conserva la paginación impresa, por eso se cita por capítulo y apartado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 9, apdo. 7.

EN EL ATLAS: Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Rojí y Saúl (Base).

93 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes enfoques es una propuesta de integración entre la teoría de los constructos personales de G. Kelly y la terapia sistémica?:

1 La rejilla de polaridades familiares de Emily Watt.

2 El modelo ecológico-constructivo de Gianfranco Cecchin.

3 El sistema de constructos familiares de Harry Procter. ✓

4 La terapia transteórica familiar de Giuliana Prata.

Harry Procter integró la teoría de los constructos personales con la terapia sistémica

Rojí y Saúl describen el **giro constructivista** de la terapia sistémica, que pasa de las secuencias conductuales a los **significados compartidos** por la familia. En ese marco sitúan la aportación de **Harry Procter**, una propuesta de integración entre el enfoque de los constructos de Kelly y la sistémica que extiende la **teoría de los constructos personales** al ámbito familiar. Cada familia construye una realidad común, el **sistema de constructos familiares** (SCF), con las mismas propiedades que el sistema personal descrito por Kelly. El modelo integra aportaciones de los sistémicos clásicos, como la noción estructural de fronteras, e incluye una versión familiar de la técnica de rejilla. Feixas y Miró recogen la misma propuesta.

1 Los manuales no recogen una rejilla de polaridades familiares de Emily Watt. La rejilla adaptada a la familia que mencionan es la de Procter.

2 Cecchin, miembro del grupo de Milán, aparece citado a propósito de las premisas familiares, y ningún manual le atribuye un modelo de integración con Kelly.

3 Es la propuesta de integración que describen ambos manuales.

4 Giuliana Prata también formó parte del grupo de Milán, y los manuales no le atribuyen ninguna terapia transteórica familiar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 9, apdo. 2.3. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 282-283.

EN EL ATLAS: Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Rojí y Saúl (Base).

94

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son las fases de la terapia cognitiva post-racionalista de Vittorio Guidano?:

1. Reconstrucción de la experiencia inmediata, reconstrucción del estilo afectivo y análisis evolutivo. ✓
2. Evaluación del sistema constructivo, formulación funcional del sistema y desafío del sistema constructivo.
3. Evaluación diacrónica, moviola y reintegración sincrónica.
4. Análisis histórico, análisis del funcionamiento actual y proyección a futuro.

La terapia de Guidano trabaja la experiencia inmediata, la historia afectiva y el análisis evolutivo

Rodríguez Morejón explica que el método de cambio de la terapia **posracionalista** es la autoobservación y su herramienta por excelencia, la **moviola**. Guidano (1995) propone tres fases. La primera prepara el contexto interpersonal y convierte las atribuciones externas en internas. La segunda, la construcción del contexto terapéutico, tiene dos etapas: primero se trabaja la **experiencia inmediata** aplicando la moviola a hechos de la última semana y después se revisa la **historia afectiva** del cliente desde su figura de apego inicial. La tercera es el **análisis evolutivo**, que reconstruye la historia del usuario para entender su estilo de apego y cómo construyó su identidad, el núcleo central de la terapia.

1. Recoge las dos etapas de la construcción del contexto terapéutico y el análisis evolutivo final.
2. Evaluar y desafiar un sistema de constructos remite a Kelly, cuyo sistema de constructos personales se evalúa con técnicas como la rejilla.
3. Mezcla la moviola de Guidano con las direcciones sincrónica y diacrónica, que pertenecen a la terapia cognitivo-narrativa de Gonçalves.
4. Son etiquetas genéricas que no corresponden a las fases que describe el manual.

Ojo. La opción correcta no reproduce los nombres de las tres fases de Guidano (preparación del contexto interpersonal, construcción del contexto terapéutico y análisis evolutivo). Combina las dos etapas de la segunda fase con la tercera, y aun así es la única que encaja con el manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 325 y 329-332.

EN EL ATLAS: Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 162

95 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el primer paso en la intervención que propone Michael Mahoney en la psicoterapia constructivista?:

1 La evaluación del mundo interno del paciente utilizando la rejilla de constructos personales.

2 El cambio de expectativas asociadas al sistema constructivo para facilitar la apertura al cambio.

3 La búsqueda de excepciones, potenciando la autoeficacia y desafiando el sistema constructivo.

4 La focalización y recuperación del equilibrio, adquiriendo cierto sentido de calma psicofísica. ✓

Mahoney empieza por recuperar la calma con técnicas de centramiento

Rodríguez Morejón presenta la **terapia constructivista de Mahoney**, caracterizada por su eclecticismo técnico. Tiene un **punto de partida** y tres niveles de intervención. El primer paso es ayudar a la persona a recuperar el **equilibrio y la calma fisiológica** con técnicas de «centramiento»; como paso previo a intervenir sobre problemas, patrones o procesos, Mahoney ofrece prácticas de **focalización**, con ejercicios de respiración, relajación y equilibrio corporal. Una vez alcanzada la calma comienza la psicoterapia propiamente dicha, que trabaja primero los problemas del presente, después los **patrones** y por último los **procesos** nucleares de ordenamiento.

1 La rejilla para evaluar el sistema de constructos personales es una técnica de Kelly, que el manual expone en otro apartado del mismo capítulo.

2 Cambiar las expectativas o la interpretación de las cosas es una de las dos maneras de resolver problemas del primer nivel, que llega después del punto de partida.

3 La búsqueda de excepciones es una técnica de la terapia breve centrada en soluciones.

4 Es el punto de partida que el manual atribuye a Mahoney.

Trampa. Las opciones 1 y 3 toman técnicas reales de otros modelos (Kelly y la terapia centrada en soluciones), y la 2 adelanta un elemento del primer nivel de la propia terapia de Mahoney.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 325 y 337-338, y cap. 28, pág. 470.

EN EL ATLAS: Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

96 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 2

¿Qué dos direcciones o niveles se analizan en la psicoterapia cognitivo-narrativa de Gonçalves?:

1 Intrapsíquico y vincular.

2 Sincrónico y Diacrónico. ✓

3 Objetivo y Narrativo.

4 Constructivo y Deliberativo.

La terapia cognitivo-narrativa analiza una dirección sincrónica y otra diacrónica

Según Rodríguez Morejón, la psicoterapia **cognitivo-narrativa de Gonçalves** busca que el cliente construya un discurso narrativo rico, flexible y coherente, abierto a toda la complejidad de su experiencia. Las dificultades narrativas pueden deberse al contenido, a la estructura o al proceso. El trabajo sigue una secuencia de cinco pasos en la que se analizan dos direcciones: la **sincrónica**, las experiencias del día a día, y la **diacrónica**, su impacto en las historias de identidad, lo que se conoce como **narrativa-prototipo**. El primer paso es el recuerdo de episodios significativos que la persona anota cada día.

1 Lo intrapsíquico y lo vincular no son las direcciones que describe el manual.

2 Son las dos direcciones que recoge el manual.

3 Lo narrativo da nombre a todo el modelo y no figura como una de sus dos direcciones de análisis.

4 Constructivo y deliberativo no aparecen en la exposición del modelo.

Para fijarlo. Sincrónico es lo que pasa hoy; diacrónico, lo que ese día cuenta de la historia de la persona.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, págs. 331-332.

Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

97

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Dentro del marco de la psicoterapia focalizada en la transferencia para el tratamiento de personas que padecen trastorno límite de la personalidad, ¿cuáles son los tres canales de comunicación que hay que vigilar y monitorizar durante la sesión?:

1. El grado de inestabilidad del paciente, el grado de impulso autodestructivo del paciente y el grado de idealización del paciente hacia el terapeuta.
2. El contenido verbal del discurso del paciente, la comunicación no verbal del paciente y la contratransferencia del terapeuta. ✓
3. Las instancias psíquicas del paciente: Yo, Ello y Superyó.
4. El contenido verbal del discurso del paciente, la comunicación no verbal del paciente y la comunicación escrita elaborada entre sesiones por el paciente.

La psicoterapia focalizada en la transferencia vigila el canal verbal, el no verbal y la contratransferencia

Díaz-Garrido y colaboradores dedican un capítulo a la **psicoterapia focalizada en la transferencia** (TFP) en los trastornos de la personalidad. Tras las entrevistas de evaluación y el **contrato terapéutico** empiezan sesiones no estructuradas que estimulan la asociación libre. Las fuentes de información del terapeuta son **tres canales de comunicación**: el **verbal**, el discurso de la persona; el **no verbal**, su forma de relatarlo y su gestualidad; y la **contratransferencia**, los sentimientos que la persona despierta en el terapeuta. La intervención se construye a partir de estas tres fuentes, y la contratransferencia se explora a fondo, pero su contenido no se revela nunca.

1. La inestabilidad, el impulso autodestructivo y la idealización no figuran como canales. Las amenazas suicidas y las amenazas al tratamiento aparecen en el contrato y en la jerarquía de temas prioritarios.
2. Coincide con los tres canales del manual.
3. Las instancias psíquicas no aparecen entre los canales de comunicación que describe el capítulo.
4. Acierta en dos canales, pero sustituye la contratransferencia por una comunicación escrita entre sesiones que el manual no menciona.

> **Trampa.** La opción 4 comparte dos de los tres canales con la correcta; la diferencia está en el tercero.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14, págs. 277-278.

EN EL ATLAS: Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 160, PIR 2022 · n.º 201

98 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 4

Dentro de la terapia dialéctico-conductual, uno de los módulos de habilidades que se trabaja es el de atención plena o mindfulness. Señale la opción FALSA sobre este módulo:

1 Dentro de las “Habilidades Qué” se encuentra la habilidad “Observar”.

2 Dentro de las “Habilidades Cómo” se encuentra la habilidad “No juzgar”.

3 Dentro de las “Habilidades Qué” se encuentra la habilidad “Participar”.

4 Dentro de las “Habilidades Cómo” se encuentra la habilidad “Mente Sabia”. ✓

La mente sabia es el estado al que llevan las habilidades de mindfulness de la TDC

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que la **atención plena** se trabaja durante todo el año de tratamiento en la TDC. La terapia plantea tres estados mentales, la mente racional, la mente emocional y la **mente sabia**, que integra las dos anteriores. Las habilidades de mindfulness son el vehículo para conseguir esa mente sabia y se dividen en dos grupos. Las **habilidades qué** son observar, describir y participar. Las **habilidades cómo** detallan la forma de hacerlo: sin juzgar, centrándose en una sola cosa en cada momento y con efectividad. La mente sabia es, por tanto, la meta de esas habilidades.

1 Observar es la primera de las habilidades qué.

2 No juzgar es una de las habilidades cómo.

3 Participar es la última habilidad qué, el objetivo final después de la observación y la descripción.

4 Es la afirmación falsa. La mente sabia es el estado que se busca con las habilidades, y no figura entre las habilidades cómo.

MINDFULNESS EN LA TDC

Elemento	Qué es
Mente sabia	La integración de la mente racional y la mente emocional
Habilidades qué	Observar; describir; participar
Habilidades cómo	Sin juzgar, adoptando una postura centrada en una sola cosa en cada momento y con efectividad

Fuente: Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), cap. 11, págs. 578-579

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 578-579.

EN EL ATLAS: Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 169, PIR 2021 · n.º 128, PIR 2022 · n.º 184, PIR 2022 · n.º 195

99 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Señale la opción FALSA con respecto al tratamiento del trastorno dependiente de la personalidad:

1. Robert F. Bornstein considera que en la experiencia disfuncional del paciente dependiente convergen múltiples niveles: cognitivo, motivacional, afectivo y conductual.
2. Los autores Ovelhoser y Fine proponen un modelo dividido en 4 etapas: dirección activa, aumento de la autoestima, fomento de la autonomía y prevención de recaídas.
3. La terapia dialéctico-conductual ha desarrollado un abordaje grupal específico para este tipo de problemática conocido como terapia dialéctico-conductual radicalmente abierta. ✓
4. La psicoterapia orientada a la clarificación, la terapia cognitivo-analítica y la terapia de aceptación y compromiso han mostrado cierta evidencia de eficacia en el tratamiento del trastorno dependiente de la personalidad.

La TDC radicalmente abierta aparece en el corpus como abordaje de la anorexia nerviosa

La pregunta pide la opción falsa, y tres de ellas están en el corpus. Díaz-Garrido y colaboradores exponen el **modelo de Bornstein**, que enfatiza cuatro componentes de la personalidad dependiente: afecto, cognición, motivación y comportamiento. Caballo recoge el modelo de **Overholser y Fine (1994)** en cuatro etapas, dirección activa, aumento de la autoestima, fomento de la autonomía y prevención de las recaídas. La tabla 19.7 de Fonseca sitúa para el TP dependiente la **psicoterapia orientada a la clarificación**, la terapia cognitiva analítica y la ACT. La **TDC radicalmente abierta**, en cambio, aparece en Penadés como abordaje de la regulación emocional en la anorexia nerviosa.

1. Bornstein enfatiza cuatro componentes en la personalidad dependiente: afecto, cognición, motivación y comportamiento.
2. Son las cuatro etapas del modelo de Overholser y Fine.
3. Es la afirmación falsa. El corpus describe la TDC radicalmente abierta en pacientes con anorexia nerviosa, para aumentar la expresividad emocional y la flexibilidad.
4. La tabla 19.7 recoge esos tres tratamientos para el TP dependiente, con estudios de cohortes y de caso.

Ojo. El enunciado escribe «Ovelhoser»; el autor es James C. Overholser. Fonseca da a estas terapias para el TP dependiente niveles de evidencia 2++ (orientada a la clarificación) y 3 (cognitiva analítica y ACT), de ahí que el enunciado hable de «cierta» evidencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, tabla 19.7, pág. 562. Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 16, págs. 533-534. 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. 18, pág. 349. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 23, págs. 580-581.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Caballo 1998 (Consulta).

100

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

En relación con el proceso psicoterapéutico, los elementos de la relación terapéutica y los métodos de adaptación:

1. La metacomunicación es un tipo de autorrevelación. ✓
2. Las autorrevelaciones son una estrategia considerada probablemente eficaz.
3. La relación real se considera importante, pero todavía carece de investigación.
4. El manejo de la contratrasferencia se considera importante, pero todavía carece de investigación.

La metacomunicación es un tipo de autorrevelación útil con pacientes con psicosis

En el manual de Fonseca sobre psicosis, Inchausti y colaboradores presentan la **metacomunicación** como un tipo de **autorrevelación** particularmente útil con pacientes con psicosis. Consiste en fomentar la habilidad para conversar abiertamente en sesión sobre la propia **relación terapéutica** y animar a reflexionar juntos sobre lo que sucede en ella. Gimeno define la autorrevelación como compartir verbalmente con el consultante algún tipo de información personal. Su tabla 7.1, adaptada de Norcross y Wampold (2018), sitúa las autorrevelaciones entre los **resultados prometedores** y la **relación real** y la **gestión de la contratransferencia** entre los elementos probablemente eficaces.

1. Es lo que afirma el manual de psicosis.
2. Las autorrevelaciones aparecen entre los resultados prometedores, que necesitan más investigación.
3. La relación real figura como probablemente eficaz, y Gelso et al. (2018) han encontrado una relación positiva entre ella y los resultados.
4. La gestión de la contratransferencia también figura como probablemente eficaz. La categoría «importante, pero todavía sin investigar» solo incluye la orientación sexual y la identidad de género.

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 cambian de escalón elementos de la tabla de Norcross y Wampold.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4, pág. 154. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, págs. 113 y 140.

EN EL ATLAS: Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 19

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B35 · Duelo en infancia y adolescencia | Revisar

Respuesta correcta: 1

¿En cuál de los siguientes casos podríamos encontrarnos con un fenómeno de privación del duelo?:

1. En una persona que ha optado por una interrupción voluntaria del embarazo. ✓
2. En una persona que ha perdido a varios seres queridos en un mismo accidente.
3. En una persona anciana que ha perdido a amigos, familiares y está perdiendo su propia salud.
4. En una persona que se encuentra de viaje en el momento del fallecimiento de un familiar.

Las pérdidas que la sociedad no reconoce, como una interrupción del embarazo, dificultan el duelo

El término **privación del duelo** procede de Worden (El tratamiento del duelo), obra que no está en el corpus, pero sí está la idea que lo sostiene. En el manual de Al-Halabí y Fonseca, la tabla de factores de riesgo de **duelo complicado** incluye las **muertes estigmatizadas o no reconocidas socialmente**, entre ellas las **muertes perinatales**. Izquierdo y colaboradores, al describir la atención al **duelo perinatal**, incluyen expresamente a las mujeres o parejas que han realizado interrupciones legales del embarazo. La interrupción voluntaria del embarazo es la única opción que une pérdida y falta de reconocimiento social.

1. La pérdida de un embarazo interrumpido encaja con las pérdidas no reconocidas socialmente y con el duelo perinatal que describen los manuales.
2. Varias muertes a la vez suponen una «sobrecarga de duelos», otro factor de riesgo de duelo complicado, pero son pérdidas reconocidas socialmente.
3. Acumular pérdidas en la vejez también es una sobrecarga de duelos, sin estigma ni falta de reconocimiento social.
4. La misma tabla menciona como factor de riesgo la imposibilidad de ver el cuerpo, pero la pérdida de un familiar sigue siendo reconocida socialmente.

Ojo. El concepto «privación del duelo» (Worden) no aparece en el corpus. La respuesta oficial se apoya en las pérdidas no reconocidas socialmente de la tabla 15.4 de Al-Halabí y Fonseca y en el duelo perinatal de Izquierdo, que no usan esa etiqueta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 15, tabla 15.4, págs. 562-563. 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. 59, pág. 407.

EN EL ATLAS

Tema B35 · Duelo en infancia y adolescencia. Fonseca Suicidio no es fuente de este tema.

102

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

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

Respuesta correcta: 2

Al cumplir los 50, el médico de atención primaria de María le ha propuesto hacerse una mamografía preventiva. María ha decidido hacérsela porque cree que podría tener riesgo por sus antecedentes oncológicos familiares, se siente vulnerable y, aunque le han dicho que es una prueba bastante dolorosa, entiende que los beneficios de prevenir una enfermedad grave superan los inconvenientes de las pruebas médicas. ¿Cuál de los siguientes modelos explicaría mejor la decisión de María?:

1 Modelo de la Motivación para la Protección.

2 Modelo de la Creencia sobre la Salud. ✓

3 Modelo de la Conducta Planeada.

4 Teoría de la Acción Razonada.

Vulnerabilidad, gravedad y balance de costes y beneficios definen el modelo de creencias sobre la salud

Amigo expone el **modelo de la creencia sobre la salud** de Becker y Maiman, según el cual 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 por la salud y del control percibido. El propio manual lo ilustra con la revisión mamográfica: si una mujer se percibe vulnerable al cáncer de mama, lo ve como una amenaza seria y valora más los beneficios de la revisión que su coste, es probable que se la haga. María reúne todos esos elementos.

1 La teoría de la motivación para la protección de Rogers amplía el modelo anterior para dar cabida al miedo. Comparte severidad y susceptibilidad, pero añade efectividad de la respuesta, autoeficacia y miedo, y no incluye el balance entre costes y beneficios.

2 Es el modelo que el manual ilustra con la mamografía.

3 En la teoría de la conducta planeada la intención depende de la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido, elementos que el caso no menciona.

4 La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen es la base de la que se desarrolló la conducta planeada, y también explica la conducta por la intención.

Ojo. La 4.ª edición de Amigo (2020), Base del tema, está en el corpus con el texto cifrado y sin paginación impresa; se ha leído descifrada (PDF 37-38). Amigo 2012 (cap. 2, págs. 36-37) recoge el modelo con menos factores y sin el ejemplo de la mamografía.

Para fijarlo. Sentirse en riesgo, ver grave la enfermedad y pesar costes y beneficios es el modelo de creencias sobre la salud; si entra el miedo, piensa en Rogers.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdos. 4.1-4.3.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 225, PIR 2016 · n.º 92, PIR 2023 · n.º 103, PIR 2025 · n.º 89

103

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 1

Según Safran y Muran (2005), cuando se deteriora la alianza terapéutica, entre un especialista en psicología clínica y su paciente, por falta de acuerdo en los objetivos, de colaboración o de un vínculo emocional adecuado, puede estar sucediendo:

1. Una ruptura en la alianza. ✓
2. Un conflicto en la alianza.
3. Una falla en la capacidad metacognitiva del clínico.
4. Una falla en la capacidad metacognitiva del paciente.

El deterioro de la alianza en objetivos, colaboración o vínculo se llama ruptura

Gimeno aclara que el término **ruptura** no alude necesariamente a problemas graves y sin solución entre clínico y consultante. Es un tipo de **deterioro en la alianza terapéutica** que puede reflejarse en falta de acuerdo en los **objetivos**, falta de **colaboración** y entendimiento o problemas en el **vínculo emocional** propio del contexto terapéutico. Según Eubanks, Muran y Safran (2018), las rupturas pueden ser de distanciamiento o de confrontación, y si se reparan el tratamiento puede obtener muy buenos resultados. Para aprender a detectarlas y repararlas, el manual recomienda el de Safran y Muran (2005).

1. Es la definición de ruptura que da el manual.
2. El manual no habla de «conflicto en la alianza»; llama ruptura a este tipo de deterioro.
3. El apartado sobre rupturas no relaciona este deterioro con una falla metacognitiva del clínico.
4. Tampoco lo atribuye a una falla metacognitiva del paciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, págs. 146-148.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 192

104

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F3 · Enfoques eclécticos e integradores

Respuesta correcta: 4

La psicoterapia psicodinámica cíclica de Paul Wacthel (1977, 1985, 1987) es un ejemplo de:

1 Integración teórica amplia.

2 Integración técnica pragmática.

3 Integración técnica de orientación.

4 Integración teórica híbrida. ✓

La psicodinámica cíclica de Wachtel es una integración teórica híbrida

Feixas y Miró distinguen formas de **integración técnica** (pragmática, de orientación y sistemática) y de **integración teórica** (híbrida, amplia y metateórica). La **híbrida** integra las teorías y prácticas de **dos enfoques** terapéuticos ya establecidos y complementarios en un marco teórico común. El enfoque que mejor la representa es la **terapia psicodinámica cíclica de Paul Wachtel**, heredera de los esfuerzos por integrar psicoanálisis y conductismo. Wachtel considera esenciales las experiencias tempranas, pero se centra en los aspectos actuales del círculo vicioso que mantiene el problema.

1. La integración teórica amplia contempla más de dos teorías y articula aspectos cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales; su ejemplo es el enfoque de Fernández Álvarez.
2. La integración técnica pragmática selecciona las técnicas por la eficacia que han demostrado; su ejemplo es la modificación de conducta.
3. La integración técnica de orientación combina técnicas según los criterios de una teoría concreta, como la terapia de constructos personales.
4. Es el ejemplo que el manual da de integración teórica híbrida.

FORMAS DE INTEGRACIÓN Y EJEMPLOS SEGÚN FEIXAS Y MIRÓ

Forma de integración	Qué hace	Ejemplo
Integración técnica pragmática	Selecciona las técnicas teniendo como criterio esencial y exclusivo el nivel de eficacia que han demostrado	La modificación de conducta
Integración técnica de orientación	Se seleccionan las técnicas de acuerdo con los criterios que se establecen desde una teoría concreta	La terapia de constructos personales
Integración teórica híbrida	Integración de las teorías y prácticas correspondientes a dos enfoques terapéuticos ya establecidos	La psicodinámica cíclica de Paul Wachtel
Integración teórica amplia	Contemplar más de dos teorías	El enfoque integrador de Fernández Álvarez

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 5, págs. 360-361, 369 y 371

Trampa. Las cuatro opciones nombran formas reales de integración; hay que distinguir entre integrar técnicas e integrar teorías, y entre dos teorías (híbrida) y más de dos (amplia).

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. 360-361 y 369-371.

EN EL ATLAS Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores. Se estudia con Feixas y Miró (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 164

105

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos · Revisar

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes terapias está diseñada específicamente para el abordaje de la psicosis y el clúster A de personalidad?:

1. Terapia metacognitiva (Wells).
2. Terapia metacognitiva interpersonal (Semerari).
3. Terapia de insight y reflexión metacognitiva (Lysaker). ✓
4. Terapia de esquemas (Young).

La terapia de reflexión metacognitiva e insight de Lysaker se desarrolló para la psicosis

Fonseca explica que las personas con psicosis tienen dificultades **metacognitivas** para reflexionar sobre sus propios estados mentales y los de los demás, y recoge cuatro perspectivas de terapia metacognitiva (Lysaker et al., 2018): la metacognitive therapy, el metacognitive training, la **metacognitive insight and reflection therapy** y la metacognitive interpersonal therapy for psychosis. En el manual de psicosis, la **MERIT** aparece como una psicoterapia integradora desarrollada por **Lysaker** y colaboradores para promover la recuperación de los pacientes con trastornos psicóticos mediante la estimulación de la metacognición. Sus criterios de inclusión son amplios y abarcan a cualquier paciente con psicosis u otro trastorno mental grave.

1. La terapia metacognitiva de Wells se estudia en el corpus como un modelo propio, con ejemplos de las obsesiones y la ansiedad generalizada, y no como una terapia específica de la psicosis.
2. Fonseca recoge la terapia metacognitiva interpersonal en estudios con los TP límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico (tabla 19.7). El corpus no la presenta como diseñada para la psicosis y el clúster A.
3. Es la terapia metacognitiva que el corpus vincula expresamente con los trastornos psicóticos y con Lysaker.
4. La terapia basada en esquemas de Young aparece en Fonseca como tratamiento del TP límite (grado B) y del clúster C (grado C).

Ojo. Ninguna obra del corpus vincula la MERIT con el clúster A: Fonseca Psicosis la indica para cualquier paciente con psicosis u otro trastorno mental grave, y el manual de Lysaker y Klion la presenta como psicoterapia para adultos con trastorno mental grave. La clave es la más coherente con el corpus, pero no queda cerrada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 284, y cap. 19, tablas 19.7 y 19.8, págs. 562-563. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 13, pág. 396. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 23, pág. 396. Lysaker, P. H. y Klion, R. E. (s. f.). Recuperación, construcción de significado y trastorno mental grave. Una guía comprensiva para la terapia de reflexión metacognitiva e insight (trad. F. Inchausti). Cap. 1, pág. 8.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación). Fonseca Adultos es Base del tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad.

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 162

Respuesta correcta: 3

Cuando un especialista en psicología clínica intenta que un paciente se adapte a su método de tratamiento, en vez de adaptarse él a las características del paciente, podría estar incurriendo en una actitud conocida como:

1 Arrogancia metodológica.

2 Rigidez.

3 Lecho de Procusto. ✓

4 Terapeuta-centrismo.

Intentar que el consultante se adapte a nuestro método es el lecho de Procusto

Gimeno recoge en su tabla 7.2, basada en **Norcross y Wampold** (2011, 2018), las formas de proceder que los clínicos deben evitar porque no han mostrado beneficio para los consultantes y pueden tener efectos negativos sobre la terapia. El **lecho de Procusto** consiste en tratar de hacer que el consultante se adapte a nuestro método, en lugar de lo contrario. La misma tabla incluye las confrontaciones, los procesos negativos, las suposiciones, el **terapeuta/centrismo**, la **rigidez**, la **arrogancia cultural**, la singularidad y la flexibilidad sin fidelidad.

1. La tabla habla de arrogancia cultural, que consiste en imponer las creencias culturales del terapeuta. «Arrogancia metodológica» no figura.
2. La rigidez es estructurar el tratamiento de forma inflexible y excesiva, con una confianza dogmática en un método que puede ser incompatible con el consultante. Se parece al caso, pero la tabla reserva para él otra etiqueta.
3. Es la actitud que la tabla describe con esas mismas palabras.
4. El terapeuta/centrismo consiste en basarse en las observaciones clínicas del terapeuta para valorar la calidad de la alianza.

ACTITUDES A EVITAR EN TERAPIA (EXTRACTO DE LA TABLA 7.2)

Lo que no funciona	En qué consiste
Terapeuta/centrismo	Basarse en las observaciones clínicas del terapeuta para valorar la calidad de la alianza
Rigidez	Estructurar de forma inflexible y excesiva el tratamiento; confianza dogmática en un método particular, que puede ser incompatible con el consultante
Arrogancia cultural	Imponer las creencias culturales del terapeuta
Lecho de Procusto	Tratar de hacer que el consultante se adapte a nuestro método, en lugar de lo contrario

Fuente: Gimeno Peón (2021), cap. 7, tabla 7.2, pág. 114 (basada en Norcross y Wampold, 2011, 2018)

Trampa. Rigidez y lecho de Procusto se parecen; el lecho de Procusto describe en concreto el intento de que el consultante encaje en el método.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, tabla 7.2, págs. 112-114.

EN EL ATLAS
Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Gimeno (Base).

107 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 4

Bohart y Tallman (2010) proponen dos tipos de evidencias para demostrar el protagonismo de los seres humanos a la hora de resolver sus problemas psicológicos. ¿Cuál de los siguientes tipos de evidencias es una de ellas?:

1 Las que demuestran que las personas no son capaces de enfrentarse a problemas psicológicos sin la ayuda de un especialista.

2 Las que demuestran que las personas, solo cuando son usuarias de una psicoterapia, son agentes activos implicados en el cambio.

3 Las que demuestran que los mecanismos responsables del cambio de las personas son comunes a todos los tratamientos efectivos.

4 Las que demuestran que las personas, cuando son usuarias de una psicoterapia, siguen siendo agentes activos altamente implicados en el cambio. ✓

Las personas siguen siendo agentes activos del cambio cuando acuden a psicoterapia

Rodríguez Morejón, en el capítulo sobre factores específicos y comunes, revisa la idea de que las personas son protagonistas en la resolución de sus problemas psicológicos, una tesis que ya defendieron Rogers y los psicólogos humanistas. **Bohart y Tallman (2010)** proponen dos tipos de evidencias. Las primeras ponen de manifiesto que las personas son capaces de enfrentarse a estos problemas **sin ayuda de especialistas** y lo están haciendo todo el tiempo. Las segundas demuestran que las personas, cuando son usuarias de una psicoterapia, siguen siendo **agentes activos** altamente implicados en el **cambio**.

1 Contradice el primer tipo de evidencias, según el cual las personas se enfrentan a sus problemas sin ayuda de especialistas y lo hacen todo el tiempo.

2 El «solo cuando» invierte el sentido, porque las personas también son agentes activos fuera de la terapia, como muestra el primer tipo de evidencias.

3 Que los mecanismos del cambio sean comunes a los tratamientos eficaces remite a la hipótesis de los factores comunes y no es ninguno de los dos tipos de evidencias de Bohart y Tallman.

4 Reproduce el segundo tipo de evidencias.

Trampa. Las opciones 2 y 4 solo se diferencian en «solo cuando» frente a «siguen siendo».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 33, pág. 539.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 113

108

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 3

En relación con el rol de los factores comunes en los tratamientos psicológicos:

1. Cuando se aborda el estudio de los mecanismos de cambio en psicoterapia, la norma es que existe consenso sobre ciertas evidencias empíricas.
2. La existencia de 500 tipos de tratamientos psicológicos, con sus propios procesos formativos, sistemas de acreditación y credenciales, es un factor clave que facilita el avance científico de la psicoterapia.
3. Mostrar que determinada psicoterapia funciona para abordar un trastorno mental específico no agota la gran cuestión sobre cómo se ha producido dicho efecto. ✓
4. La mayoría de modelos suelen explicar la efectividad de la psicoterapia apelando a los factores comunes involucrados en el tipo de tratamiento empleado y en base a su planteamiento teórico.

Saber que una psicoterapia funciona no explica cómo produce su efecto

Gimeno-Peón, Prado-Abril, Fernández-Álvarez e Inchausti abren el capítulo sobre **factores comunes** del manual de Fonseca recordando que mostrar que una psicoterapia funciona para un trastorno concreto **no agota la cuestión** de cómo se ha producido el efecto. La **ausencia de acuerdo** y de pruebas contundentes es la norma en el estudio de los **mecanismos de cambio**, y esa falta de conocimiento cristaliza en más de 500 tipos de tratamientos, un lucrativo negocio que no siempre facilita el avance científico. Además, la mayoría de los modelos explican la efectividad de la psicoterapia por los **efectos específicos** del tratamiento que emplean.

1. El manual dice que la norma es la ausencia de acuerdo y de pruebas contundentes.
2. Los más de 500 tipos de tratamientos, con sus propios procesos formativos y sistemas de acreditación, dibujan un negocio que no siempre facilita el avance científico.
3. Es la idea con la que arranca el capítulo.
4. La mayoría de los modelos apelan a los efectos específicos de su tratamiento. Los factores comunes son la alternativa que representa el modelo contextual de Wampold.

Trampa. La opción 4 cambia «efectos específicos» por «factores comunes» en una frase casi idéntica a la del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, págs. 71 y 73.

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

109 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 2

Según el Modelo de los límites de la regulación de la ingesta (Herman y Polivy, 1984), ¿cuál es el elemento clave que desencadena la desinhibición alimentaria en personas restrictivas?:

1. La desinhibición aparece en cuanto se salen de la dieta, como un efecto de violación de la abstinencia.
2. La creencia de haber traspasado el límite autoimpuesto, independientemente de que sea cierto o no. ✓
3. La alteración emocional, pues estas personas utilizan la alimentación para enmascarar el estrés de otras áreas de su vida.
4. El intento de suprimir los pensamientos sobre alimentos, pues los hace aún más presentes y aumenta el craving.

Las personas restrictivas se desinhiben cuando creen haber traspasado su límite

Amigo explica la recuperación del peso tras las dietas con la **teoría de la restricción alimentaria** de Herman y Mack: las personas restrictivas comen sin control cuando violan la dieta o están alteradas emocionalmente. **Herman y Polivy** la ampliaron con el **modelo de los límites de la regulación de la ingesta**, que subraya la **naturaleza psicológica** de la desinhibición. Los participantes no se desinhibían si se les decía que el batido era bajo en calorías, aunque en realidad fuera alto. Las personas restrictivas comen descontroladamente cuando **creen** que han traspasado el límite, sea esto cierto o no.

1. Desinhibirse al romper la dieta es lo que plantea la teoría de la restricción alimentaria de Herman y Mack, que el modelo de los límites amplía con el papel de la creencia.
2. Es la idea central del modelo de los límites.
3. Usar la comida para enmascarar el estrés de otras áreas de la vida es la hipótesis del enmascaramiento de Polivy y Herman.
4. El efecto desinhibitorio de intentar suprimir los pensamientos sobre la comida lo comprobó Soetens en el ámbito de la sobreingesta.

Ojo. La 4.ª edición de Amigo (2020), Base del tema, se ha leído descifrada en el PDF del corpus (PDF 71-73), que no conserva la paginación impresa. Amigo 2012 recoge el modelo en las págs. 56-57, pero sin la precisión «sea esto cierto o no».

Trampa. Las cuatro opciones describen mecanismos de desinhibición que recoge el mismo apartado del manual; solo la segunda pertenece al modelo de los límites.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 3.3 («Dieting»).
Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Cap. 3, págs. 56-57.

EN EL ATLAS

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

110

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Qué se puede afirmar sobre la anorexia nerviosa (AN)?:

1. Alrededor de un 50% de los pacientes con AN experimentan depresión mayor a lo largo de la vida.
2. Cuando existe comorbilidad con la depresión mayor, en la mayoría de los casos, la depresión se inicia el mismo año o el siguiente a recibir el diagnóstico de AN. ✓
3. Suele concurrir con un elevado neuroticismo y un bajo interés por el reforzamiento social.
4. Un 15% de las familias de los pacientes con AN presenta al menos un miembro con un trastorno alimentario clínico o subclínico.

La depresión mayor comórbida con la anorexia suele empezar el año del diagnóstico o el siguiente

Belloch describe la **comorbilidad** de la **anorexia nerviosa** como muy frecuente, sobre todo con trastornos depresivos y ansiosos. Entre un **66 % y un 81 %** de las pacientes experimentan **depresión mayor** a lo largo de la vida, y en la mayoría de los casos comienza el mismo año o el posterior al diagnóstico de AN. Alrededor del 75 % presenta algún trastorno de ansiedad. En la personalidad destacan los rasgos obsesivo-compulsivos, el perfeccionismo rígido y la necesidad de control, junto con un elevado neuroticismo y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas. Un **24,3 %** de las familias tiene al menos un miembro con un trastorno alimentario clínico o subclínico.

1. La cifra que da el manual está entre el 66 % y el 81 %.
2. Es el dato del manual (Fernández-Aranda et al., 2007).
3. El elevado neuroticismo sí aparece, pero acompañado de una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas, lo contrario de un bajo interés por el reforzamiento social.
4. El porcentaje de familias con al menos un miembro afectado es del 24,3 %.

Trampa. Tres distractores toman datos del mismo párrafo y cambian una cifra o un rasgo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 425.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 174

111

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Qué puede afirmarse sobre la migración diagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria?:

1. Aproximadamente la mitad de los pacientes con bulimia nerviosa desarrolla posteriormente anorexia nerviosa.
2. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a una anorexia nerviosa se produce en una minoría de los casos. ✓
3. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a una anorexia nerviosa se produce en un 20% de los casos.
4. La migración diagnóstica es un fenómeno inusual en los trastornos de la conducta alimentaria.

El paso de una bulimia inicial a una anorexia se da en una minoría de casos

Belloch describe la **migración diagnóstica**, también llamada transición o entrecruzamiento diagnóstico: una misma paciente transita por distintos trastornos alimentarios a lo largo de los años. El escenario habitual empieza con una **anorexia nerviosa** en la adolescencia temprana que deriva después en **bulimia nerviosa** y, más tarde, en trastorno de atracones. Aproximadamente **la mitad** de las pacientes con AN desarrollan después una BN, pero el porcentaje en sentido inverso es mucho menor. El DSM-5-TR cifra en una **minoría de casos (10-15 %)** el cruzamiento de una bulimia nerviosa inicial a una anorexia nerviosa.

1. La mitad corresponde al camino contrario, de la anorexia a la bulimia.
2. Es lo que dicen Belloch y el DSM-5-TR.
3. El DSM-5-TR sitúa el cruzamiento en un 10-15 % de los casos.
4. El manual dice que la migración ocurre con frecuencia.

Trampa. La opción 1 invierte la dirección de la migración: la mitad es de anorexia a bulimia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 421. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Bulimia nerviosa, desarrollo y curso, pág. 390.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 120, PIR 2025 · n.º 95

112

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

Con respecto al trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos:

1. La evitación de los alimentos se realiza según ciertas características sensoriales como la apariencia, color, olor, etc. ✓
2. Existe una alteración en la forma de experimentar el peso y la forma corporal.
3. No se asocia con una pérdida de peso o déficit nutricional significativo.
4. La evitación de alimentos se realiza según las propiedades calóricas de los mismos.

En el trastorno de evitación/restricción la comida puede evitarse por sus características sensoriales

El DSM-5-TR define el **trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos** por una evitación o restricción de la comida asociada a pérdida de peso significativa, **deficiencia nutritiva**, dependencia de alimentación enteral o de suplementos, o interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. En algunos individuos la evitación se basa en las **características sensoriales** de los alimentos, con una sensibilidad extrema al aspecto, color, olor, textura, temperatura o sabor. El criterio C exige que no haya pruebas de un trastorno en la forma de experimentar el **propio peso o constitución**, lo que lo separa de la anorexia y la bulimia nerviosas.

1. Es una de las formas de evitación que describe el manual.
2. El criterio C excluye una alteración en la forma de experimentar el propio peso o constitución.
3. El criterio A exige que la restricción se asocie a consecuencias como la pérdida de peso o la deficiencia nutritiva significativas.
4. El manual describe evitaciones por las características sensoriales, por el miedo a consecuencias aversivas o por falta de interés en la comida; las calorías no figuran entre ellas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, págs. 376-377.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 101

113 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

Rachman (1971) propuso un conjunto de variables asociadas al aumento de la sensibilización a los pensamientos que podrían explicar la persistencia de las obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo. ¿Cuál de las siguientes variables NO está entre ellas?:

1. El estado de disforia en el que se producen las obsesiones.
2. La expresión inadecuada de las propias emociones. ✓
3. La falta de control percibido sobre uno mismo y el entorno.
4. Vivir acontecimientos estresantes.

La expresión inadecuada de las emociones no figura entre las variables de Rachman

Belloch recoge la hipótesis que Rachman añadió para explicar la **persistencia de las obsesiones**: la persona fracasa en **habituarse** a su irrupción y aumenta su **sensibilización** a los pensamientos. Esa sensibilidad nace de un amplio conjunto de variables, entre las que Rachman destaca el **estado de disforia** en que se producen las obsesiones, las características previas de personalidad (introversión, rigidez, minuciosidad), los **acontecimientos estresantes**, la activación elevada y la **percepción de falta de control** sobre uno mismo y el entorno. Las conductas de evitación, activas y pasivas, contribuyen además a impedir la habituación.

1. La disforia en la que se producen las obsesiones es la primera variable de la lista.
2. No figura entre las variables que destaca Rachman.
3. La percepción de falta de control sobre uno mismo y el entorno está en la lista.
4. Los acontecimientos estresantes también están.

> **Para fijarlo.** Las cinco variables de Rachman: disforia, personalidad previa, estrés, activación elevada y falta de control.

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. 154.

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

114

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Qué factores determinan según Ong (2020) la elección entre la terapia de exposición con prevención de repuesta y la terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo?:

1. La destreza del terapeuta o las preferencias del paciente. ✓
2. La eficacia de la exposición con prevención de respuesta sobre las compulsiones.
3. La eficacia de la terapia de aceptación y compromiso sobre objetivos no estrictamente sintomáticos.
4. La comorbilidad con otros cuadros clínicos (trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo).

Elegir entre EPR y ACT en el TOC depende del terapeuta y del paciente

Fonseca revisa la **terapia de aceptación y compromiso** en el TOC. La ACT promueve que la persona actúe según sus valores con independencia del miedo o la ansiedad que experimente, en lugar de buscar que la ansiedad baje, y ha resultado útil para reducir la sintomatología sin usar expresamente la **EPR**. Twohig et al. (2018) no hallaron diferencias significativas entre EPR y EPR más ACT, y Ost (2014) la considera **probablemente eficaz**, no bien establecida. Según **Ong et al. (2020)**, la elección entre EPR y ACT depende de factores ajenos a las terapias en sí, como la **destreza del terapeuta** o las **preferencias del paciente**.

1. Es la conclusión que el manual atribuye a Ong et al. (2020).
2. El criterio de elección no es la eficacia sobre las compulsiones, porque los estudios no muestran diferencias significativas entre ambas terapias.
3. El manual tampoco basa la elección en objetivos no sintomáticos de la ACT.
4. La comorbilidad no aparece como criterio de elección en ese apartado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 398.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 87

115

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes propuestas psicoterapéuticas integra entre sus fundamentos teóricos la teoría del apego de Bowlby?:

1. La terapia interpersonal de Klerman y Weissman. ✓
2. La terapia Morita de Okubo.
3. La terapia estratégica de la escuela interaccional MRI de Palo Alto.
4. La terapia estratégica de Haley.

La terapia interpersonal se apoya en la teoría del apego de Bowlby

Rodríguez Morejón señala tres corrientes que influyen en la **terapia interpersonal** de Klerman y Weissman: la teoría psicobiológica de **Adolf Meyer**, la **teoría del apego de Bowlby** y el psicoanálisis interpersonal de **Harry Stack Sullivan**. Fonseca coincide en que la psicoterapia elaborada para el ensayo de Klerman se fundamentó en las aportaciones de Sullivan y Meyer y en las investigaciones de apego de Bowlby. En cambio, el **modelo estratégico-comunicacional**, nacido en el MRI de Palo Alto y al que pertenece Haley, se apoya en la teoría general de los sistemas, la cibernética y la **teoría de la comunicación humana**.

1. Es una de las tres corrientes que fundamentan la terapia interpersonal.
2. La terapia Morita solo aparece en la Guía de tratamientos eficaces I como una «rara» terapia para el TP límite (Tamai, Takeichi y Tashiro, 1991), y ninguna obra del corpus la vincula con Bowlby.
3. El MRI de Palo Alto se crea bajo los auspicios de Bateson y su modelo se apoya en la teoría general de los sistemas y la teoría de la comunicación humana.
4. Haley formó parte del grupo del MRI y su terapia estratégica comparte esas bases sistémicas y comunicacionales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 24, pág. 406, y cap. 30, págs. 487-488. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 314. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 16, apartado 2 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base). Rodríguez Morejón es Base del tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural.

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 134, PIR 2018 · n.º 181, PIR 2022 · n.º 155, PIR 2022 · n.º 157, PIR 2025 · n.º 114

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 2

Según el DSM-5, en relación con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC):

1. Casi el 25% de las mujeres tiene un inicio antes de la edad de 10 años.
2. Alrededor de un 30% de los individuos con TOC tiene un trastorno de tics. ✓
3. Si un individuo tiene obsesiones típicas del TOC (no completitud, daño) que conllevan conductas de acumulación compulsiva (adquirir todos los objetos de un conjunto para alcanzar sentido de integridad, no desechar periódicos ya que podría prevenir un daño) se debería diagnosticar trastorno por acumulación en su lugar.
4. La tasa de TOC en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es tres veces mayor que entre los familiares de primer grado de los que no tienen este trastorno.

Hasta un 30 % de las personas con TOC tiene un trastorno de tics

El DSM-5-TR permite especificar en el **TOC** si hay una historia actual o pasada de **trastorno de tics**, que afecta hasta al **30 %** de los individuos a lo largo de la vida y es más común en los varones con inicio en la niñez. En cuanto al curso, la edad media de inicio es de 19,5 años y casi el **25 % de los varones** empieza antes de los 10 años. La tasa de TOC en los familiares de primer grado de adultos con TOC es aproximadamente **dos veces** mayor que en los de personas sin el trastorno. El DSM-5 de 2014, al que alude el enunciado, da las mismas cifras.

1. El dato corresponde a los varones, que tienen una edad de inicio más temprana que las mujeres.
2. Es el dato del manual.
3. Si unas obsesiones típicas del TOC llevan a la acumulación compulsiva, el manual indica que se debería diagnosticar TOC en su lugar.
4. La tasa es aproximadamente dos veces mayor; entre los familiares de quienes iniciaron el TOC en la niñez o la adolescencia se incrementa 10 veces.

Trampa. Tres opciones cambian un detalle de un dato real: el sexo, el diagnóstico que procede o la cifra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 266-268 y 270. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 238-241.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 226

117

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 4

El síndrome de crisis suicida propuesto por Galynker:

1. Es un estado afectivo y motivacional característico de los supervivientes de suicidio.
2. Describe el estado que se asocia con la conducta suicida a medio y largo plazo (hasta dos años).
3. Incluye entre sus criterios diagnósticos la desesperanza y la sensación de vacío.
4. Es un estado mental presuicida basado en la desregulación cognitiva y afectiva. ✓

El síndrome de crisis suicida es un estado presuicida de desregulación cognitiva y afectiva

En el manual de Al-Halabí y Fonseca, el programa de la UPII Cicerón usa el **síndrome de crisis suicida** (SCS) del grupo de **Igor Galynker** para detectar el riesgo **inminente o a corto plazo**. El SCS es un **estado mental presuicida** basado en la **desregulación cognitiva y afectiva**. Tiene cinco componentes repartidos en dos criterios que deben cumplirse. El criterio A es el **atrapamiento**, la necesidad urgente de escapar de una situación vital percibida como inmodificable o insuperable. El criterio B exige perturbación afectiva, pérdida del control cognitivo, hiperactividad y aislamiento social. El glosario añade que es un estado que precede al intento de suicidio.

1. El SCS describe el estado de la propia persona en riesgo antes del intento de suicidio.
2. El SCS se asocia con la conducta suicida a corto plazo o de riesgo inminente. El horizonte de hasta dos años es el de la mayoría de los factores de riesgo estudiados.
3. Los criterios son el atrapamiento y las cuatro categorías del criterio B. La desesperanza y el vacío figuran en la matriz de estimación del nivel de riesgo del mismo programa.
4. Es la definición que da el manual.

LISTADO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL SÍNDROME DE CRISIS SUICIDA DE IGOR GALINKER (TABLA 14.3)

Componente	Síntomas o signos
Perturbación afectiva	Picos rápidos de emociones negativas; angustia extrema; anhedonia marcada; dolor emocional o psicológico
Pérdida de control cognitivo	Rumiaciones; rigidez cognitiva; supresión de pensamientos fallida; inundación rumiativa
Hiperactividad	Agitación psicomotriz; hipervigilancia; irritabilidad extrema; insomnio
Retraimiento social	Aislamiento social; comunicación evasiva

Fuente: Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (coords.) (2023), cap. 14, tabla 14.3, pág. 523

Ojo. El glosario del capítulo describe el SCS con «un sentimiento persistente de desesperanza y atrapamiento» (pág. 533). Aun así, la desesperanza no figura entre los criterios diagnósticos y el vacío no aparece en el síndrome, de modo que la opción 3 sigue siendo falsa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 14, tablas 14.3 y 14.4, págs. 523-524 y 533.

EN EL ATLAS

Tema B21 · Conducta suicida. Fonseca Suicidio no es fuente de este tema.

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

Clark (2020) resume los argumentos a favor de separar el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de los trastornos de ansiedad. ¿Cuál de los siguientes argumentos es FALSO?:

1. Los trastornos incluidos en el espectro obsesivo-compulsivo comparten un mismo circuito neuronal caracterizado por una hipoactivación de la región frontoestriada, que contrasta con el circuito de los trastornos de ansiedad, en los que se produce una activación de la amígdala. ✓
2. El TOC y el resto de los trastornos del grupo tienen una respuesta similar al tratamiento farmacológico, en especial a los ISRS.
3. Las personas con TOC tienen dificultades para inhibir o detener un comportamiento una vez iniciado y en otras ocasiones las tienen para no iniciarlo.
4. Los trastornos del espectro obsesivocompulsivo comparten un síntoma nuclear: la compulsividad, que varía en un continuo en cuyo extremo opuesto se sitúa la impulsividad.

El espectro obsesivo-compulsivo se asocia con hiperactivación frontoestriada

Belloch resume con **Clark (2020)** los argumentos a favor del **espectro obsesivo-compulsivo**: semejanza sintomatológica entre el TOC, el trastorno dismórfico corporal y el de acumulación; un síntoma nuclear, la **compulsividad**, en un continuo cuyo extremo opuesto es la impulsividad; características clínicas compartidas; un mismo circuito neuronal con **hiperactivación** de la región **frontoestriada**, frente a la activación de la amígdala en los trastornos de ansiedad; y una respuesta similar a los **ISRS**. Los autores añaden tres razones propias de la fenomenología del TOC, entre ellas las dificultades para detener un comportamiento iniciado o para no iniciarlo.

1. Es la afirmación falsa, porque el manual habla de hiperactivación de la región frontoestriada.
2. La respuesta similar a los ISRS es el quinto argumento que resume Clark.
3. Las dificultades de inhibición son una de las tres razones fenomenológicas que los autores del capítulo añaden a los argumentos de Clark.
4. La compulsividad como síntoma nuclear, en un continuo con la impulsividad, es el segundo argumento.

Ojo. La opción 3 es verdadera, pero el manual no la atribuye a Clark (2020); es una de las razones que añaden los autores del capítulo. Además, las críticas que recoge el manual ponen en duda que compulsividad e impulsividad formen un único continuo.

Trampa. Un prefijo cambia el sentido de la opción 1: hipoactivación por hiperactivación.

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. 137.

EN EL ATLAS

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

119

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO en el tratamiento psicológico de las obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta?:

1. Es frecuente que la primera sesión de exposición sea altamente eficaz. ✓
2. Hay mayor variedad de compulsiones y estrategias de neutralización encubiertas (en comparación con las estrategias manifiestas), son más idiosincrásicas y se asocian a una peor respuesta al tratamiento.
3. El uso de una cinta de audio continua proporciona un medio práctico, eficaz, de entrenar al paciente en la exposición y en la prevención de la respuesta para los acontecimientos encubiertos.
4. El objetivo del tratamiento consiste en cambiar el conocimiento de las obsesiones, evitar la neutralización y permitir, así, que los pacientes se habitúen a los pensamientos obsesivos.

Las obsesiones con neutralización encubierta son el caso más difícil de tratar

Cruzado, en el manual de Vallejo y Vallejo-Slocker, considera el **caso más complejo** el de la evitación y las compulsiones **encubiertas**, que se confunden con las obsesiones, son difíciles de identificar, portátiles y difíciles de supervisar. El **entrenamiento en habituación** de Salkovskis y Westbrook (1989) adapta la EPR a las obsesiones puras. El paciente graba con su voz el pensamiento intrusivo y se expone a la **grabación** sin neutralizar, lo que asegura la máxima predictibilidad y la habituación. Belloch añade que las estrategias encubiertas son más variadas e idiosincrásicas y se asocian a **peor respuesta** al tratamiento y más recaídas. Ninguno de los dos manuales describe primeras sesiones de exposición muy eficaces.

1. Es la afirmación falsa. Los manuales presentan este caso como el más complejo de tratar y no describen una primera exposición altamente eficaz.
2. Belloch lo recoge: entre las estrategias encubiertas se han descrito hasta 200 variantes muy idiosincrásicas, y quienes más las usan responden peor y recaen más.
3. La grabación con la voz del paciente asegura que el pensamiento aparezca con la máxima predictibilidad y favorece la habituación.
4. Identificar y bloquear la neutralización para que el paciente se habitúe a los pensamientos obsesivos es el núcleo de la intervención, que puede apoyarse en la reestructuración de las creencias.

Ojo. El corpus no dice de forma expresa que la primera sesión de exposición sea poco eficaz. La falsedad de la opción 1 se deduce de que ambos manuales describen este caso como el más difícil de tratar, mientras que las otras tres opciones están recogidas en ellos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9, págs. 491-493. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 148.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 176, PIR 2019 · n.º 48, PIR 2022 · n.º 176, PIR 2023 · n.º 72, PIR 2025 · n.º 87

Respuesta correcta: 1

Según la clasificación de Custer (1984), revisada por Lesieur (1991), la primera fase en el proceso de adicción al juego se caracteriza por:

1. Las ganancias. ✓
2. Una gran desorganización vital y desatención de todo lo demás.
3. Buscar ayuda terapéutica.
4. Intentar “cazar las pérdidas”.

El trastorno de juego empieza con una fase de ganancias

Belloch recoge una de las concepciones tradicionales del **trastorno de juego**: una enfermedad crónica y deteriorante que pasa por tres fases, **ganancia**, **pérdidas** y **desesperación** (Lesieur y Custer, 1984). Estas fases describen el progreso del trastorno desde las ganancias iniciales hasta las seguras pérdidas económicas y la final **desestructuración psicológica y psicosocial** que conlleva el juego excesivo prolongado. El mismo capítulo atribuye a Custer (1984) la descripción del **big win**, el efecto que tiene obtener un premio importante durante las primeras etapas del juego.

1. Es la primera fase.
2. La desorganización vital corresponde al final del proceso, la desestructuración psicológica y psicosocial de la fase de desesperación.
3. Buscar ayuda no figura como fase en la descripción del manual.
4. El manual llama «caza» a volver a jugar para intentar recuperar las pérdidas, pero como criterio diagnóstico del trastorno y no como primera fase; en la secuencia de Lesieur y Custer las pérdidas son la segunda fase.

Ojo. El enunciado atribuye las fases a Custer (1984) revisadas por Lesieur (1991); Belloch las cita como Lesieur y Custer (1984).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, págs. 515, 521 y 525.

EN EL ATLAS
Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

121

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

Con respecto al tratamiento de un paciente con un trastorno adictivo y otro trastorno psicopatológico comórbido:

1. El tratamiento debe ser secuencial (primero un trastorno y luego el otro).
2. El tratamiento debe ser integrado, abordando la problemática de forma conjunta y simultánea. ✓
3. La intervención más adecuada es en paralelo, atendiéndole en dos servicios especializados al mismo tiempo.
4. Se debe tratar primero el trastorno más grave.

La adicción y el trastorno comórbido se abordan en un único plan de tratamiento

Fonseca dedica un apartado al tratamiento de la **adicción a las drogas** en personas con **otros trastornos psicopatológicos**, por la elevada frecuencia de esta concomitancia. Estos casos tienen peor pronóstico, pero los estudios señalan que el abandono de la sustancia mejora los otros trastornos (Apollonio, Philipps y Bero, 2016). La opción terapéutica más adecuada es el abordaje de la adicción y la psicopatología en un **único plan de tratamiento**, y se recomienda aumentar su **intensidad**, es decir, la frecuencia y la duración de las sesiones.

1. Un tratamiento secuencial separa en el tiempo lo que el manual recomienda abordar en un solo plan.
2. Es la opción terapéutica que el manual considera más adecuada.
3. Atender al paciente en dos servicios a la vez divide la intervención en dos planes.
4. Empezar por el trastorno más grave también fragmenta el abordaje en etapas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, pág. 516.

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

122 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento de los problemas relacionados con el trauma y la disociación, el objetivo principal en la fase de estabilización es:

1. Lograr que la persona entienda que los hechos traumáticos ya han finalizado y que ahora forman parte de su historia personal.
2. El abordaje específico de las experiencias relacionales pasadas no resueltas y que derivaron en un estilo de apego desorganizado en la persona.
3. Crear unas condiciones de seguridad suficientes y entrenar habilidades para establecer una relación terapéutica que posibilite el trabajo posterior. ✓
4. Integrar la personalidad y establecer una identidad lo más unificada posible acorde a los valores y proyecto vital de la persona.

La fase de estabilización busca seguridad y habilidades antes de trabajar el trauma

Fonseca expone la **terapia orientada por fases** para los trastornos disociativos. La secuencia empieza por la **estabilización**, sigue con el tratamiento de los recuerdos traumáticos y termina con la integración de las partes disociadas. En la fase 1 se recomienda contener los recuerdos traumáticos, y el primer paso es crear unas **condiciones de seguridad** suficientes para establecer una **relación terapéutica** que posibilite el trabajo posterior. Sus objetivos son reducir síntomas, **entrenar habilidades** de estabilización, como la regulación emocional, y hacer psicoeducación sobre el trauma y la disociación.

1. Lograr que la persona entienda que los hechos traumáticos han finalizado es el objetivo principal de la fase 2.
2. Las experiencias relacionales pasadas no resueltas que derivaron en un apego desorganizado también se abordan en la fase 2.
3. Coincide con el primer paso y los objetivos de la fase 1.
4. Integrar la personalidad y establecer una identidad lo más unificada posible es el objetivo último, propio de la fase 3.

FASES EN LA TERAPIA ORIENTADA POR FASES (TABLA 14.1)

Fase	Objetivos terapéuticos	Fobias	Recomendaciones
Fase 1. Estabilización y desarrollo de habilidades	Reducir síntomas psicopatológicos. Entrenar habilidades de estabilización. Psicoeducación: trauma y disociación	Fobia a la experiencia interna. Fobia al apego/pérdida de apego. Fobia a las partes disociadas	Establecer la relación terapéutica. Contener recuerdos traumáticos. Establecer comunicación entre partes
Fase 2. Integrar los recuerdos traumáticos	Tratar los recuerdos traumáticos: exposición y procesamiento. Abordar experiencias relacionales pasadas no resueltas: la transferencia	Fobia a los recuerdos traumáticos	Enfoques terapéuticos útiles: EMDR, terapia sensoriomotriz, otros
Fase 3. Integración de la personalidad y rehabilitación	Establecer una identidad lo más unificada posible. Asumir riesgos de la vida cotidiana. Elaborar duelo (pérdidas vitales)	Fobia a la vida cotidiana	Uso de metáforas. Fin del tratamiento de forma planificada y gradual

Fuente: Fonseca-Pedrero (coord.) (2021), cap. 14, tabla 14.1, pág. 443

Para fijarlo. Primero seguridad, después el recuerdo traumático y al final la identidad: estabilizar, procesar e integrar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 14, tabla 14.1, págs. 441-443.

EN EL ATLAS Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 154, PIR 2021 · n.º 168, PIR 2025 · n.º 143

123

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

Según la CIE-11, si una persona presenta síntomas de intrusión y reexperimentación, hipervigilancia, conductas de evitación y, además, dificultades graves y persistentes en la regulación del afecto, creencias sobre uno mismo de verse derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso y dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás, es más probable que cumpla criterios para un diagnóstico de:

1. Trastorno de estrés postraumático complejo. ✓
2. Trastorno de identidad disociativo.
3. Trastorno límite de la personalidad.
4. Trastorno de estrés agudo.

Los síntomas de TEPT más alteraciones del afecto, del autoconcepto y de las relaciones definen el TEPT complejo

Belloch explica que, según la **CIE-11**, el **TEPT complejo** exige cumplir los criterios del TEPT, con **reexperimentación**, **evitación** y percepción persistente de una amenaza actual, y además presentar problemas en la **regulación del afecto**, **creencias negativas** sobre uno mismo (sentirse sin valía o derrotado, con culpa o sentimientos de fracaso) y dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. La CIE-11 (6B41) lo describe en los mismos términos y señala que suele aparecer tras eventos prolongados o repetitivos de los que resulta difícil escapar. El caso del enunciado reúne los dos bloques de síntomas.

1. Es el diagnóstico que describen Belloch y la CIE-11.
2. Nada del cuadro remite a un trastorno disociativo; todos los síntomas pertenecen a los dos bloques del TEPT complejo.
3. La CIE-11 excluye el trastorno de la personalidad del TEPT complejo, y el caso parte de síntomas de trauma como la intrusión, la evitación y la hipervigilancia.
4. La CIE-11 excluye la reacción aguda al estrés del TEPT, y el caso describe dificultades graves y persistentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 116. Organización Mundial de la Salud (2025). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades. 6B40 y 6B41.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y CIE-11 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 123

124

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 3

Dentro de las recomendaciones para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático:

1. Debe ser práctica rutinaria la provisión de una sesión única y breve (debriefing) centrada en el trauma.
2. Los tratamientos no centrados en el trauma deben ser los de primera elección.
3. Los tratamientos centrados en el trauma deben ofrecerse con independencia del tiempo transcurrido desde el acontecimiento traumático. ✓
4. Los tratamientos farmacológicos deben usarse como primera elección.

La terapia centrada en el trauma debe ofrecerse con independencia del tiempo transcurrido

Fonseca resume las recomendaciones de las **guías de práctica clínica** para el **TEPT** en adultos. Con **grado A**, la terapia centrada en el trauma (TCT), que puede incluir EP, TPC y EMDR; además, no debe ser práctica rutinaria el **debriefing** de sesión única, y los fármacos no deben reemplazar a la TCT ni usarse como primera elección. Con **grado B**, la TCT debe ofrecerse con **independencia del tiempo transcurrido** desde el acontecimiento traumático, con 8-12 sesiones regulares, y las intervenciones no centradas en el trauma no deben ofrecerse a quienes presentan síntomas de TEPT.

1. Las guías recomiendan que el debriefing de sesión única centrado en el trauma no sea práctica rutinaria.
2. Las intervenciones no centradas en el trauma no deben ofrecerse a personas con síntomas de TEPT.
3. Es una recomendación de grado B.
4. Los fármacos no deben usarse como primera elección; se consideran cuando el usuario prefiere no hacer una TCT.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 4 dan la vuelta a recomendaciones reales de las guías.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 425.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 143, PIR 2022 · n.º 177, PIR 2023 · n.º 90, PIR 2025 · n.º 126

125

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 2

Cuando un paciente con psicosis señala que le están intentando asesinar porque todo "huele a gas", puede estar experimentado:

1. Acoasmas.
2. Fantosmias. ✓
3. Fotomas.
4. Síndrome de Cotard.

Las alucinaciones olfativas se llaman fantosmias

Belloch clasifica las alucinaciones por su **modalidad sensorial** y llama **fantosmias** a las olfativas. Entre los ejemplos de su tabla 6.5 figura «todo huele a gas..., otras veces a gasolina». En la modalidad auditiva distingue los **acoasmas**, sonidos elementales como ruidos, pitidos o cuchicheos, de los fonemas, voces con palabras con significado. En la visual, las imágenes elementales, como destellos, llamas o círculos luminosos, son **fotopsias o fotomas**. El **síndrome de Cotard** es un delirio nihilista o de negación, cuyos contenidos giran en torno a la no existencia del yo o de alguna de sus partes, de los demás y del mundo.

1. Los acoasmas son alucinaciones auditivas elementales.
2. Es el nombre que el manual da a las alucinaciones olfativas.
3. Los fotomas son alucinaciones visuales elementales.
4. El síndrome de Cotard es un delirio de negación, y el enunciado describe una percepción olfativa sin que el paciente niegue su existencia ni la del mundo.

TÉRMINOS DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS, VISUALES Y OLFATIVAS SEGÚN EL MANUAL

Término	Modalidad	Qué describe el manual
Acoasmas	Auditivas	Sonidos de ruidos, pitidos, cuchicheos, murmullos, campanas, pasos
Fonemas	Auditivas	La persona puede escuchar claramente palabras con significado
Fotopsias o fotomas	Visuales	Imágenes puramente elementales que consisten en destellos, llamas, círculos luminosos
Fantosmias	Olfativas	Mi casa, las tiendas, el hospital..., todo huele a gas

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, págs. 158, 160 y 161 (tabla 6.5)

Para fijarlo. Acoasma suena, fotoma brilla y fantosmia huele.

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. 158 y 160-161, y cap. 8, pág. 260.

EN EL ATLAS: Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema A7 · Pensamiento.

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 86

126

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 4

Según la teoría de la representación dual de Brewin et al. (2003):

1. La información vinculada al sufrimiento de un suceso traumático se almacena en paralelo en la memoria verbalmente accesible y en la memoria temporalmente accesible.
2. La información vinculada al sufrimiento de un suceso traumático se almacena de forma secuencial en la memoria verbalmente accesible y en la memoria situacionalmente accesible.
3. Existen dos sistemas de memoria que actúan de forma secuencial: la memoria verbalmente accesible y la memoria temporalmente accesible.
4. Existen dos sistemas de memoria que actúan en paralelo: la memoria verbalmente accesible y la memoria situacionalmente accesible. ✓

Brewin distingue una memoria verbalmente accesible y otra situacionalmente accesible

Belloch recoge, entre los desarrollos teóricos sobre el **TEPT** (Brewin y Holmes, 2003), la **teoría de la representación dual** de Brewin. La información vinculada al sufrimiento de un suceso traumático se almacena **de forma dual** a través de dos tipos de representaciones, la **memoria verbalmente accesible** y la **memoria situacionalmente accesible**, y las respuestas patológicas surgen cuando los recuerdos traumáticos se disocian del sistema de memoria ordinario. Baddeley describe las dos: la verbalmente accesible se conecta al sistema normal de memoria, y la situacionalmente accesible aparece con mucho detalle en los flashbacks, pero no puede traerse a la mente de manera intencional.

1. La segunda memoria del modelo es la situacionalmente accesible; una «memoria temporalmente accesible» no figura en él.
2. Acierta con los nombres, pero describe un almacenamiento secuencial; el manual habla de un almacenamiento dual en dos tipos de representación.
3. Repite el error de la «memoria temporalmente accesible» y añade el funcionamiento secuencial.
4. Recoge los dos sistemas del modelo funcionando de forma dual.

Ojo. Belloch dice que la información se almacena «de forma dual», sin usar la palabra «paralelo». La diferencia entre las opciones 2 y 4 descansa en esa idea de almacenamiento doble frente a uno secuencial.

Trampa. Las opciones se cruzan en dos ejes, el nombre de la segunda memoria y el modo de almacenamiento; solo la 4 acierta en los dos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 120. Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 11, pág. 368.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

127 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 4

Los movimientos involuntarios, continuos, lentos, sinuosos y sin objetivo, se denominan:

1 Corea.

2 Estereotipias.

3 Automatismos.

4 Atetosis. ✓

La atetosis es un movimiento involuntario lento, continuo y sinuoso

Belloch describe la **atetosis** como un flujo de movimiento involuntario, **lento, continuo y sinuoso**, serpenteante o de contorsión, sin objetivo alguno. Sus movimientos son más exagerados y más lentos que los coreicos, y algunos autores la describen como un **movimiento coreico en cámara lenta**. Predomina en manos, pies y cara, tiene origen neurológico y se observa a menudo en las lesiones cerebrales perinatales y en la parálisis cerebral. Los cuatro términos de las opciones aparecen en el mismo capítulo, y lo que separa la atetosis de la corea es la velocidad.

1. La corea es una sacudida involuntaria breve, rápida, irregular y aleatoria que puede parecer un movimiento expresivo. Comparte el carácter involuntario, pero es rápida y no continua.
2. Las estereotipias son la repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos complejos y organizados, como frotarse las manos o mecer el cuerpo. Lo que las define es la repetición de gestos organizados.
3. Los automatismos son movimientos involuntarios repetitivos, sin control consciente, que surgen en estados alterados de consciencia, como el aura de las crisis temporales. La persona mantiene la postura y el tono muscular y después no suele recordar lo que ha hecho.
4. El enunciado recoge casi con las mismas palabras la definición de atetosis del manual.

Para fijarlo. La atetosis es una corea a cámara lenta, un baile involuntario que serpentea.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 326-329.

EN EL ATLAS: Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

128

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Según la propuesta de Otto Kernberg sobre la organización estructural de la personalidad, ¿cuál de las siguientes características NO es un elemento constitutivo de la organización borderline de la personalidad?:

1. Uso de la escisión como principal mecanismo de defensa.
2. Difusión de identidad.
3. Egocentrismo. ✓
4. Juicio de realidad mantenido.

El egocentrismo no figura entre los elementos de la organización límite de Kernberg

Díaz-Garrido recoge los criterios clínicos con los que la psicoterapia focalizada en la transferencia define la **organización límite de la personalidad** de Kernberg. Son tres, el uso de **mecanismos defensivos arcaicos** con gran presencia de la **escisión**, una representación del self escindida y con **difusión de identidad**, y un **juicio de realidad preservado**. En el capítulo anterior, el mismo volumen resume la idea de Kernberg de que el contacto con la realidad separa a los sujetos límites de los psicóticos y la difusión de identidad los separa de los neuróticos. El **egocentrismo** no aparece entre esos elementos.

1. La escisión es el mecanismo defensivo que toma especial relevancia en el TLP, y el manual la incluye en los criterios de la organización límite.
2. La difusión de identidad es uno de los criterios, y Kernberg la usa para distinguir la organización límite de la neurótica.
3. Ninguno de los criterios que recoge el manual menciona el egocentrismo.
4. El juicio de realidad se conserva, aunque en situaciones afectivamente muy intensas pueda perderse de forma puntual. Es lo que separa la organización límite de la psicótica.

Ojo. Belloch no trata a Kernberg en su capítulo sobre el trastorno límite. La respuesta está en el volumen II de Díaz-Garrido, que el Atlas usa como Consulta para los tratamientos de los trastornos de la personalidad.

Para fijarlo. Kernberg traza dos fronteras: la realidad conservada separa lo límite de lo psicótico y la identidad difusa lo separa de lo neurótico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14 (González Torres, Valenciano Martínez, Esguevillas Cuesta y Rodríguez-Otero), págs. 272-273; cap. 13, pág. 261.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Díaz-Garrido no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 196, PIR 2022 · n.º 201, PIR 2024 · n.º 34

129

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A3 · Clasificación y diagnóstico

Respuesta correcta: 2

Según Barlow et al. (2018), los constructos transdiagnósticos nucleares en los trastornos emocionales consisten en:

1. La atención focalizada en señales de amenaza, la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción y conductas impulsadas por sesgos cognitivos y la evitación experiencial.
2. La auto-preocupación neurótica, la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción y conductas impulsadas por la emoción y la evitación emocional. ✓
3. La auto-percepción neurótica, la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción y conductas impulsadas por sesgos cognitivos y la supresión emocional.
4. La atención focalizada en señales de amenaza, la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción y conductas impulsadas por la emoción y la evitación emocional.

Barlow propone cuatro constructos nucleares, de la auto-preocupación neurótica a la evitación emocional

El capítulo de clasificación de Belloch presenta el modelo transdiagnóstico de Barlow et al. (2004, 2018), que parte de un espectro amplio basado en el **neuroticismo** o afecto negativo como vulnerabilidad general a los trastornos emocionales. Sobre esa base, los autores subrayan cuatro constructos nucleares, la **atención autofocalizada** (auto-preocupación neurótica), la **percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad**, las **tendencias a la acción y conductas impulsadas por la emoción** y la **evitación emocional**, que puede ser situacional, interoceptiva o cognitiva. La opción 2 reproduce esa lista.

1. Cambia la atención autofocalizada por la atención a señales de amenaza, la emoción por los sesgos cognitivos y la evitación emocional por la experiencial. Solo acierta en la incontrolabilidad e impredecibilidad.
2. Recoge los cuatro constructos tal como los enumera el manual.
3. Habla de auto-percepción en vez de auto-preocupación, de sesgos cognitivos en vez de emoción y de supresión emocional en vez de evitación. El manual menciona la supresión emocional solo como una de las formas que adopta la evitación emocional.
4. Se parece mucho a la correcta, pero sustituye la atención autofocalizada por la atención a señales de amenaza. En el texto, las señales de peligro aparecen como objeto de las evaluaciones negativas y no como constructo.

> **Trampa.** Las cuatro opciones comparten la incontrolabilidad e impredecibilidad, así que hay que fijarse en las otras tres piezas, cada una con un cambio sutil.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 3, pág. 89.

EN EL ATLAS Tema A3 · Clasificación y diagnóstico. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 153

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la experiencia alucinatoria que consiste en verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, a menudo con una consistencia gelatinosa y transparente, con el conocimiento de que la figura humana que se está viendo es uno mismo?:

1 Autotopagnosia.

2 Autoscopia. ✓

3 Alucinaciones extracampinas.

4 Desrealización.

Verse a uno mismo como un doble reflejado en un cristal es autoscopia

Belloch describe la **autoscopia** como una variedad poco usual de experiencia alucinatoria visual que consiste en verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, a menudo de consistencia gelatinosa y transparente, sabiendo que la figura es uno mismo. Por eso se la llama también **imagen del espejo fantasma**. En la autoscopia negativa ocurre lo contrario y el paciente no se ve cuando se refleja en un espejo. El manual la sitúa en estados orgánicos como la **epilepsia del lóbulo temporal** y en la esquizofrenia, donde suele tomar la forma de pseudoalucinación.

1 La autotopagnosia pertenece a otro terreno. Caballo et al. (2014) llaman autopagnosia a la incapacidad para reconocer partes del propio cuerpo y la incluyen en la somatoagnosia, y Vallejo-Ruiloba la clasifica entre los trastornos de la percepción táctil.

2 Es el nombre que el manual da a esta experiencia.

3 Las alucinaciones extracampinas se experimentan fuera del campo visual o auditivo, como ver a alguien sentado detrás cuando se mira de frente. No implican verse a uno mismo.

4 La desrealización es una sensación subjetiva de extrañeza o irrealidad respecto al entorno, sin ninguna distorsión perceptiva.

> **Para fijarlo.** La autoscopia es el espejo fantasma; la extracampina, lo que se oye o se ve fuera del campo sensorial.

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. 162 y 165; cap. 5, pág. 137. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson. Cap. 44 (Gastó y Navarro), tabla 44-1, pág. e-687. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, pág. 86.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 73, PIR 2016 · n.º 227, PIR 2024 · n.º 150

131

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

El síndrome de Charles Bonnet, un trastorno alucinatorio que se da en ancianos con patología orgánica central o periférica, se caracteriza por presentar:

1 Alucinaciones liliputienses. ✓

2 Micropsias.

3 Pareidolias.

4 Alucinaciones negativas.

El síndrome de Charles Bonnet se define por alucinaciones liliputienses

Belloch presenta el **síndrome de Charles Bonnet** al hablar de las alucinaciones asociadas a deficiencias sensoriales, como un trastorno alucinatorio de ancianos con patología orgánica central o periférica. Su característica definitoria es la experimentación de **alucinaciones liliputienses**. Estos pacientes ven pequeñas figuras de animales u otras criaturas, a menudo al anochecer, sin delirios ni alucinaciones de otra modalidad. El manual advierte que no hay que confundirlo con las **micropsias**, que son una **distorsión perceptiva** de objetos realmente presentes vistos a escala reducida.

1 Es la característica definitoria que da el manual.

2 La micropsia consiste en ver objetos que sí están presentes, pero a escala reducida. Es una distorsión perceptiva, mientras que en el síndrome de Charles Bonnet se alucinan figuras que no existen.

3 La pareidolia es una ilusión en la que la persona da estructura y significado a un estímulo ambiguo, como ver caras en las nubes.

4 En la alucinación negativa el sujeto no percibe algo que existe y está al alcance de sus sentidos, el polo opuesto de una alucinación.

Para fijarlo. Charles Bonnet ve pequeño lo que no está; la micropsia ve pequeño lo que sí está.

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. 153, 164 y 170.

EN EL ATLAS

Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

132

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

Las investigaciones acerca de la aplicación de los modelos cognitivos al estudio de las alucinaciones auditivas en forma de voces han demostrado que:

1. Las creencias sobre malevolencia producen menor perturbación emocional en la persona.
2. Las creencias no repercuten ni en el afecto ni en los patrones de afrontamiento ante las voces.
3. Las creencias sobre benevolencia mantienen una relación inversa con los niveles de malestar que experimenta la persona. ✓
4. Las creencias de familiaridad con las voces producen menor compromiso y aceptación sobre las mismas.

Las creencias de benevolencia sobre las voces se asocian a menos malestar

Belloch recoge el modelo cognitivo de las voces de Chadwick y colaboradores, en el que las **creencias** sobre las voces median entre la experiencia alucinatoria y el malestar. Jackson y Chadwick (1997) describieron creencias de omnipotencia, **malevolencia** y **benevolencia**, y vincularon el compromiso y el afecto positivo con las benevolentes, y la resistencia y el afecto negativo con las malevolentes. La revisión de Mawson et al. (2010) halló que las voces malevolentes se relacionan positivamente con el malestar, la depresión y la ansiedad, mientras que las benevolentes mantienen una **relación inversa** con esos niveles en la mayor parte de los trabajos.

1. Las creencias de malevolencia se relacionan con más malestar, y en muchos estudios predicen sus niveles.
2. El manual dice lo contrario. Sobre la base de sus creencias, las personas desarrollan patrones de afrontamiento y afecto concretos, que se agrupan en compromiso, resistencia e indiferencia.
3. Es el patrón inverso que describe la revisión de Mawson et al. (2010).
4. Según el manual, las voces vividas como familiares o cercanas se relacionan con más afecto negativo, aunque los resultados no son concluyentes. El texto no las vincula con menos compromiso ni aceptación.

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. 180-181.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 162, PIR 2022 · n.º 110, PIR 2023 · n.º 208

133

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

Una persona que se encuentra en la fase de apofanía de Klaus Conrad (1958) y que cree que su piel está infectada por insectos o parásitos presenta:

1. Una alucinación cinestésica.
2. Una alucinación cenestésica.
3. Una creencia disfuncional de contenido hipocondríaco.
4. Un delirio hipocondríaco. ✓

En la apofanía, creer que la piel está infestada de parásitos es un delirio hipocondríaco

Conrad describió las fases iniciales de la esquizofrenia como **trema**, **apofanía** y anastrofé. Fonseca-Pedrero recuerda que el trema es un estado de inquietud, angustia y desconfianza, y que en la apofanía algo o todo cobra de pronto un sentido revelador, con percepciones delirantes. Una convicción formada en esa fase entra en el terreno del delirio. Belloch incluye entre los **delirios somáticos, corporales o hipocondríacos** creer que se está infestado de insectos o parásitos, y describe el **síndrome de Ekbom**, en el que la persona cree que su piel está infectada por bichos o parásitos.

1. Las alucinaciones cinestésicas son percepciones de movimiento de partes del cuerpo que en realidad no se mueven. Nada en el enunciado alude al movimiento.
2. Las alucinaciones cenestésicas o corporales son falsas sensaciones procedentes del propio cuerpo. El manual explica que el delirio de infestación suele acompañarse de alucinaciones táctiles o somáticas, pero el enunciado describe una creencia.
3. Belloch separa las creencias disfuncionales de los delirios en su clasificación de los trastornos del contenido del pensamiento. En la fase apofánica, con su sentido revelador y sus percepciones delirantes, la convicción ya es delirante.
4. La creencia en la infestación de la piel es el ejemplo de delirio somático o hipocondríaco del manual, y la apofanía es la fase de las vivencias delirantes.

Ojo. Belloch pone «mi cuerpo está lleno de insectos» como ejemplo de alucinación corporal (tabla 6.5, pág. 161), así que la opción 2 puede tentar. Lo que decide la respuesta es que el enunciado habla de lo que la persona cree y la sitúa en la apofanía.

Para fijarlo. Trema es el temblor antes de salir a escena; en la apofanía todo se revela y llega el delirio.

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. 259-260; cap. 6, págs. 161-163. Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 9, pág. 341.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 158

Respuesta correcta: 1

En relación con las características diferenciales entre la depresión bipolar y unipolar:

1. La duración de los episodios suele ser menor en la depresión bipolar. ✓
2. La presencia de síntomas catatónicos es más frecuente en la depresión unipolar.
3. Las personas que sufren de depresiones unipolares suelen tener un mayor número de episodios a lo largo de su vida.
4. Es más frecuente encontrar síntomas psicóticos en casos de depresión unipolar.

Los episodios de la depresión bipolar duran menos que los de la unipolar

La **tabla 7.2** de Belloch resume las características que diferencian la **depresión bipolar** de la unipolar, adaptadas de Dervic et al. (2015) y Vieta y Pérez (2019). En la bipolar la **duración de los episodios** es menor, el número de episodios es mayor y los síntomas psicóticos, atípicos y **catatónicos** son más frecuentes. El texto añade que la depresión bipolar se ha relacionado con un riesgo elevado de síntomas psicóticos, ideación suicida, episodios posparto, más retardo psicomotor, hipersomnia y síntomas atípicos. Solo la opción 1 respeta la dirección de la tabla.

1. La tabla da una duración menor para la bipolar y mayor para la unipolar.
2. Los síntomas catatónicos son más frecuentes en la depresión bipolar.
3. El número de episodios es mayor en la bipolar y menor en la unipolar.
4. Los síntomas psicóticos son más frecuentes en la bipolar.

TABLA 7.2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR Y BIPOLAR (EXTRACTO)

Característica	Bipolares	Unipolares
Edad de inicio	Menor	Mayor
Número de episodios	Mayor	Menor
Duración de los episodios	Menor	Mayor
Síntomas psicóticos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Síntomas catatónicos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Alteraciones del sueño	Hipersomnia	Insomnio

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 7, tabla 7.2, pág. 236 (extracto)

Trampa. Las tres opciones falsas invierten la dirección de una fila de la tabla 7.2. En la mayoría de las filas, el polo «más» corresponde a la depresión bipolar.

Para fijarlo. La depresión bipolar trae más episodios, pero más cortos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, tabla 7.2, pág. 236.

EN EL ATLAS: Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 124, PIR 2020 · n.º 83, PIR 2021 · n.º 127, PIR 2022 · n.º 35, PIR 2022 · n.º 39, PIR 2023 · n.º 154, PIR 2025 · n.º 113

135

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 4

Dentro de las principales intervenciones psicológicas con apoyo empírico para el trastorno bipolar se encuentra el cuidado sistemático. ¿Qué tipo de intervenciones incluye?:

1. Terapia centrada en la familia.
2. Intervención psicológica intensiva, empleando terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y de ritmos sociales, intervenciones familiares y farmacológicas.
3. Intervenciones psicoeducativas.
4. Gestión de casos, tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención en crisis. ✓

El cuidado sistemático agrupa la gestión de casos, el tratamiento asertivo comunitario y los equipos de crisis

Fonseca recoge el **cuidado sistemático** o atención continuada en la comunidad entre los tratamientos con más respaldo para el trastorno bipolar. Se dirige a un subgrupo con problemas de funcionamiento, sintomatología persistente y alta probabilidad de hospitalizaciones involuntarias, que necesita atención sistemática en los distintos dispositivos asistenciales. Bajo esa etiqueta se engloba un abanico heterogéneo de intervenciones, como la **gestión de casos**, el **tratamiento asertivo comunitario**, el tratamiento asertivo comunitario flexible y los **equipos de atención en crisis**. La APA lo considera un tratamiento con apoyo experimental fuerte.

1. La terapia centrada en la familia forma parte de las intervenciones familiares, que el capítulo trata en un apartado propio.
2. Describe la intervención psicológica intensiva, el apartado siguiente del capítulo, que combina terapia interpersonal y de ritmos sociales, terapia centrada en la familia y TCC con tratamiento farmacológico, como en el estudio STEP-BD de Miklowitz et al.
3. La psicoeducación es otra intervención con apoyo empírico y tiene su propio apartado. El cuidado sistemático incluye el acceso a un programa estructurado de psicoeducación, pero abarca mucho más.
4. Son las intervenciones que el manual agrupa bajo el cuidado sistemático.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, págs. 344-345.

EN EL ATLAS: Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 173

136

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 2

Con respecto al riesgo de suicidio en el trastorno bipolar (TB):

1. El riesgo de suicidio es mayor en el TB tipo I.
2. El riesgo de suicidio es de 20 a 30 veces superior al de la población general. ✓
3. La historia previa de intentos de suicidio y el porcentaje de días con depresión en el último año no se asocian con suicidios consumados.
4. Existen diferencias muy significativas entre las tasas de prevalencia del intento de suicidio entre TB tipo I y TB tipo II.

El DSM-5-TR sitúa el riesgo de suicidio en el trastorno bipolar entre 20 y 30 veces el de la población general

En el apartado de pensamientos y conductas suicidas del trastorno bipolar I, el **DSM-5-TR** estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida es **de 20 a 30 veces superior** al de la población general, y que un 5-6 % de estas personas muere por suicidio. Añade que la historia previa de intentos y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a **mayor riesgo** de intentos y suicidios consumados. En el bipolar II, el riesgo y la incidencia de intentos a lo largo de la vida parecen **similares** a los del bipolar I.

1. El DSM-5-TR habla de tasas aproximadamente iguales de intentos y muertes por suicidio en los tipos I y II. La letalidad de los intentos podría ser mayor en el tipo II.
2. Es la cifra del DSM-5-TR. Belloch, por su parte, habla de tasas 20 veces más altas que en la población general.
3. Ambos factores se asocian a un mayor riesgo de intentos y de suicidios consumados.
4. El riesgo y la incidencia del intento de suicidio a lo largo de la vida parecen similares en los tipos I y II.

> **Ojo.** La cifra cambia entre ediciones. El DSM-5 de 2014 hablaba de un riesgo 15 veces superior y de un riesgo mayor en el bipolar II (págs. 131 y 138). El DSM-5-TR lo eleva a 20-30 veces y describe tasas similares en ambos tipos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno bipolar I, pág. 148; trastorno bipolar II, pág. 157. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 238.

EN EL ATLAS Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 136, PIR 2020 · n.º 181

137 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 4

¿A qué hace referencia el proceso “evocar” en la entrevista motivacional?:

1. Es el proceso en el que el especialista en psicología clínica y el paciente establecen una conexión útil y una relación terapéutica.
2. Es el proceso en el que se evalúa el problema, se determina qué se está haciendo mal y se proponen alternativas de cambio.
3. Es el proceso que permite desarrollar y mantener una dirección específica en la conversación sobre el cambio.
4. Es el proceso que supone hacer explícitas las motivaciones del paciente para el cambio. ✓

Evocar consiste en hacer explícitas las motivaciones del paciente para el cambio

Penadés presenta la **entrevista motivacional** como una manera de comunicarse con las personas para facilitar el cambio, y recoge los **cuatro procesos** de la propuesta de Miller y Rollnick (2015), que pueden aparecer de forma secuencial o solapada. El cuadro 26.5 los resume. **Vincular** es generar una alianza y relación de trabajo, **enfocar** es localizar objetivos de cambio compartidos, **evocar** es explicitar las motivaciones de la persona hacia el cambio y **planificar** es concretar cómo hacerlo. El manual añade que no puede haber entrevista motivacional sin vincular, enfocar y evocar.

1. Establecer la conexión y la relación terapéutica corresponde a vincular, el primer proceso.
2. Evaluar el problema, determinar qué se hace mal y proponer alternativas no figura entre los procesos, y choca con un enfoque que evita imponer la visión del profesional. Lo más parecido sería planificar, que consiste en concretar cómo hacer el cambio.
3. Mantener una dirección en la conversación sobre el cambio describe enfocar, que el manual define como localizar objetivos de cambio compartidos entre terapeuta y paciente.
4. Coincide con la definición de evocar del cuadro 26.5.

CUADRO 26.5. PROCESOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Proceso	Qué supone
Vincular	Generar una alianza y relación de trabajo con el/la paciente
Enfocar	Localizar objetivos de cambio, compartidos entre terapeuta y paciente
Evocar	Explicitar las motivaciones de la persona hacia el cambio
Planificar	Concretar cómo hacer el cambio

Fuente: Penadés, López-Santiago y Belloch (2024), cap. 26, cuadro 26.5, pág. 632

Para fijarlo. Primero la relación, luego el rumbo, después los motivos y al final el cómo.

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.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 62, PIR 2020 · n.º 148, PIR 2021 · n.º 52, PIR 2023 · n.º 105, PIR 2023 · n.º 205

138

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 3

Los tratamientos con apoyo empírico se enfrentan a una realidad asistencial que rara vez se ajusta a las condiciones experimentales de validación de tratamientos. Para paliar este problema, se ha propuesto el concepto de:

1. Práctica basada en la evidencia para mejorar la validez interna de los tratamientos psicológicos.
2. Práctica basada en la evidencia para mejorar la validez externa de los tratamientos psicológicos.
3. Evidencia basada en la práctica como un complemento a la práctica basada en la evidencia para cubrir la brecha entre investigación y práctica clínica. ✓
4. Evidencia basada en la práctica como una alternativa a la práctica basada en la evidencia para cubrir la brecha entre investigación y práctica clínica.

La evidencia basada en la práctica complementa a la práctica basada en la evidencia

Fonseca explica que, pese a los avances de la **práctica basada en la evidencia**, los clínicos trabajan en una realidad asistencial que rara vez se parece a los ensayos controlados en los que se validaron las terapias. Para paliar las carencias de **validez externa** de esos tratamientos, algunos autores propusieron la **evidencia basada en la práctica**, más interesada por la **efectividad** que por la eficacia y basada en la monitorización sistemática de los resultados de la práctica clínica rutinaria. El manual la presenta como un **complemento** que intenta cubrir la brecha entre investigación y práctica clínica, y aclara que no pretende sustituir a la práctica basada en la evidencia.

1. El concepto que se propuso es la evidencia basada en la práctica, y lo que se quería remediar eran las carencias de validez externa.
2. Acierta en la validez externa, pero confunde el concepto. La práctica basada en la evidencia es el marco del que salen los tratamientos con apoyo empírico, y la propuesta nueva es la evidencia basada en la práctica.
3. Es la formulación del manual.
4. El manual afirma expresamente que la evidencia basada en la práctica no pretende ser una alternativa.

> **Trampa.** Los dos nombres se construyen con las mismas palabras en orden inverso, y las opciones juegan con ese cruce y con la pareja complemento y alternativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 1, págs. 58-59.

EN EL ATLAS

Tema C1 · Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 62

139

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares | Anulada

Anulada

En el DSM-5, ¿cuál de los siguientes trastornos mantiene los mismos criterios en su presentación tanto en la infancia, la adolescencia, como en la edad adulta?:

1. Trastorno de insomnio.
2. Trastorno ciclotímico.
3. Trastorno de estrés agudo.
4. Síndrome confusional.

Solo el trastorno ciclotímico cambia un criterio con la edad, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; la clave provisional era la 4. En el DSM-5-TR, el **trastorno ciclotímico** es el único de los cuatro que fija un criterio distinto por edad, porque exige 2 años de síntomas en adultos y 1 año en niños y adolescentes. Los otros tres mantienen los mismos criterios, pero el **trastorno de insomnio** y el **trastorno de estrés agudo** añaden notas sobre cómo se manifiestan los síntomas en los niños, y el prefacio del manual dice que en el insomnio algunos criterios describen la presentación infantil. Solo el **delirium** carece de cualquier precisión por edad. Según cómo se lean esas notas, la opción 4 deja de ser la única defendible.

1. Los criterios del insomnio son los mismos a cualquier edad, pero los criterios A1 y A2 añaden cómo se manifiestan en niños, por ejemplo la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador. Según se lean estas notas, puede verse o no como un cambio de criterios.
2. Es la única opción que cambia un criterio con la edad, porque el periodo exigido es de 2 años en adultos y de 1 año en niños y adolescentes.
3. Los criterios del estrés agudo son los mismos a cualquier edad, aunque varios síntomas de intrusión llevan notas para niños, como los juegos repetitivos sobre el trauma o los sueños aterradores sin contenido reconocible.
4. Clave provisional. Los criterios del delirium no hacen ninguna distinción por edad, pero no es la única opción que mantiene los mismos criterios.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno ciclotímico, pág. 159; trastorno de estrés agudo, págs. 313-314; trastorno de insomnio, pág. 409; delirium, pág. 672; prefacio del DSM-5, pág. XXIV.

EN EL ATLAS

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

140

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

Cuando un paciente nos comunica que al ver sacudir las sábanas de una cama, siente que le están sacudiendo a él y, además, se siente como un ente abstracto y fusionado con el entorno, está experimentado:

1. Pérdida de atribución personal.
2. Disociación del afecto.
3. Confusión de los límites del yo. ✓
4. Escisión de la unidad del yo.

Sentir que lo que ocurre alrededor le ocurre a uno mismo es confusión de los límites del yo

Belloch ordena las experiencias anómalas del sí mismo siguiendo a Reed (1988) en **cuatro niveles** de gravedad decreciente. El más básico es la **confusión de los límites del yo**, en la que la persona pierde la capacidad para experimentarse como una entidad distinta del entorno. El manual la ilustra con el paciente con esquizofrenia que, al ver sacudir las sábanas de una cama, se queja de por qué le sacuden a él, o que llega a sentirse como algo **abstracto fusionado con su entorno**. El enunciado reproduce estos ejemplos.

1. En la pérdida de atribución personal la persona distingue entre sí misma y el entorno, pero no reconoce como propios sus pensamientos, impulsos, sentimientos o acciones.
2. La disociación de afecto es una sensación de desapego emocional, de calma embotada, ante una situación que se percibe como amenazante.
3. Es la alteración que el manual ilustra con el ejemplo de las sábanas.
4. En la escisión de la unidad del yo la persona se siente como si estuviera fuera de sí misma, observando su forma de actuar como la de otra persona, y conserva intacto el sentido de la realidad.

NIVELES DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA DEL SÍ MISMO (REED, 1988)

Nivel	En qué consiste
1. Confusión de los límites del yo	Anomalías en la experiencia del sí mismo como distinto del mundo exterior
2. Pérdida de atribución personal	La persona pierde la capacidad de reconocer el origen personal de sus ideas y/o actividades
3. Deterioro en la unidad del yo	La persona puede experimentar una sensación de separación o escisión de su propio yo
4. Pérdida de la experiencia de la realidad	Sensación subjetiva de cambio y/o extrañeza respecto a sí mismo y/o al entorno

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 5, págs. 135-137

Para fijarlo. Reed baja cuatro peldaños: dónde acabo yo, qué es mío, si sigo siendo uno y si todo es real.

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. 135-137.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 138

141

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

Según la clasificación de los delirios de Karl Jaspers (1913), en los delirios primarios:

1. Se puede delimitar claramente el origen de los mismos.
2. Surgen comprensiblemente como consecuencia de otros procesos psíquicos.
3. Aparecen como intentos de explicación de experiencias anómalas previas.
4. Resultan difíciles de comprender y explicar. ✓

Para Jaspers, los delirios primarios son psicológicamente incomprensibles

Belloch atribuye a **Jaspers** (1913) la distinción entre **delirios primarios** o ideas delirantes auténticas y **delirios secundarios** o ideas deliroides. El primario tiene un carácter original, inderivable y autóctono, y por eso es **incomprensible** desde el punto de vista psicológico. Al examinar la historia del paciente, su estado emocional y su entorno cultural, no se puede delimitar claramente su origen. El secundario, en cambio, surge comprensiblemente de otros procesos psíquicos y se entiende como un intento de explicar una experiencia anómala previa, como una alucinación o un estado de ánimo maníaco.

1. En los delirios primarios ocurre lo contrario, porque no se puede delimitar claramente su origen.
2. Surgir comprensiblemente de otros procesos psíquicos es la marca del delirio secundario o idea deliroide.
3. Los intentos de explicar experiencias anómalas previas definen también el delirio secundario.
4. Recoge la incomprensibilidad con la que Jaspers, y luego Schneider, separan el delirio primario del secundario.

Trampa. Tres opciones describen el delirio secundario. Basta con recordar que el primario es el que no se puede derivar de 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, pág. 257.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 78, PIR 2015 · n.º 152, PIR 2020 · n.º 88, PIR 2023 · n.º 159

142

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son las características esenciales de la presión del habla?:

1. La velocidad y la cantidad de discurso. ✓
2. La tangencialidad, la incoherencia y la pérdida de meta.
3. La ensalada de palabras y la ilogicidad.
4. El pensamiento divagatorio y la autorreferencialidad.

Lo esencial de la presión del habla es la velocidad y la cantidad del discurso

Belloch define la **presión del habla** como un aumento significativo de la **cantidad y velocidad** del habla espontánea respecto a lo normal para la persona o su contexto, y considera excesiva una tasa de más de 150 palabras por minuto. El paciente habla deprisa, deja frases sin terminar y es difícil interrumpirle. Suele deberse a la **taquipsiquia** y es muy frecuente en la manía. El manual reconoce que puede acompañarse de descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia o fuga de ideas, pero subraya que sus **características esenciales** son la velocidad y la cantidad del discurso.

1. Es lo que el manual señala como esencial.
2. La tangencialidad y la incoherencia pueden acompañar a la presión del habla, pero son trastornos distintos. La pérdida de meta, por su parte, es el fracaso para seguir una cadena de pensamientos hasta su conclusión.
3. La ensalada de palabras es otro nombre de la incoherencia, y la ilogicidad consiste en llegar a conclusiones que no se corresponden con las premisas.
4. El pensamiento divagatorio o prolijo es otra forma de llamar a la circunstancialidad, y la autorreferencia figura en la clasificación como un trastorno aparte.

> **Trampa.** Las opciones usan sinónimos del manual, como ensalada de palabras por incoherencia o pensamiento divagatorio por circunstancialidad, para que parezcan rasgos de la presión del habla.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 81

143

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la clave que diferencia la tangencialidad del descarrilamiento y de la pérdida de asociaciones según Andreasen?:

1. Las respuestas que proporciona el paciente ante preguntas que se le formulan, no a transiciones en el habla espontánea. ✓
2. Las respuestas del paciente y su repercusión en las transiciones con el interlocutor.
3. La transición del habla ante respuestas sugeridas con premisas no compartidas.
4. La afectación de la función pragmática del lenguaje ante excesivos paréntesis del interlocutor.

La tangencialidad se limita a las respuestas que el paciente da a las preguntas

Belloch explica que la **tangencialidad** se aplica únicamente al **diálogo** con el paciente, es decir, a las respuestas que da ante las preguntas que se le formulan, y no a las transiciones del **habla espontánea**, como ocurre en el **descarrilamiento**. Según **Andreasen**, eso es lo que la diferencia del descarrilamiento y de la pérdida de asociaciones, dos trastornos que antes se consideraban equivalentes a ella. El paciente responde de modo tangencial o incluso irrelevante, con una relación distante con la pregunta o sin ninguna relación.

1. Es la diferencia que propone Andreasen, tal como la recoge el manual.
2. La tangencialidad se define por la respuesta a las preguntas, y el manual no menciona su repercusión en las transiciones con el interlocutor. Las transiciones son el terreno del descarrilamiento.
3. El manual no habla de respuestas sugeridas ni de premisas no compartidas, y la idea de transición en el habla corresponde al descarrilamiento.
4. Los excesivos paréntesis caracterizan a la circunstancialidad, y la tangencialidad no se define por la función pragmática del lenguaje.

> **Para fijarlo.** El tangencial responde de lado a lo que se le pregunta; el descarrilado se desvía solo, sin que nadie le pregunte.

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. 236.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 56, PIR 2019 · n.º 148, PIR 2022 · n.º 31, PIR 2025 · n.º 81

144 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 4

¿Qué síndrome afásico se caracteriza por frecuentes parafasias fonémicas, comprensión normal o algo afectada, repetición muy deteriorada y anomia?:

1 Afasia de Broca.

2 Afasia anómica amnésica.

3 Afasia transcortical mixta.

4 Afasia de conducción. ✓

La afasia de conducción combina parafasias fonémicas, buena comprensión y una repetición muy deteriorada

La **tabla 9.1** de Belloch resume los síndromes afásicos corticales. La **afasia de conducción** se debe a una lesión parietal en la zona del **fascículo arqueado** y cursa con **frecuentes parafasias fonémicas**, comprensión auditiva normal aunque puede estar algo afectada, ausencia de falta grave de fluidez, **repetición muy deteriorada** y anomia. Es el único síndrome de la tabla que reúne todos los rasgos del enunciado. La repetición permite descartar la anómica, en la que es normal, y la comprensión descarta la transcortical mixta, en la que está muy deteriorada.

1 La afasia de Broca tiene un habla laboriosa con parafasias fonémicas y repetición pobre, pero la definen el agramatismo y la falta de fluidez, que el enunciado no menciona.

2 En la afasia anómica amnésica la repetición es normal y el habla solo falla con los nombres.

3 En la transcortical mixta la comprensión está muy deteriorada y la repetición se conserva, a menudo de forma ecolálica.

4 Coincide punto por punto con la fila de la tabla 9.1.

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

Síndrome	Habla (output)	Comprensión auditiva (input)	Otros problemas característicos
Afasia de Broca	Laboriosa por los trastornos articulatorios. Con parafasias fonémicas.	Más preservada, pero puede estar afectada.	Agramatismo y falta de fluidez. Repetición pobre.
Afasia de conducción	Frecuentes parafasias fonémicas.	Normal, aunque puede estar algo afectada.	Sin falta grave de fluidez, muy deteriorada la repetición. Anomia.
Afasia anómica amnésica	Normal, excepto para nombres, que pueden ser omitidos o sustituidos.	Suele ser normal.	Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia. La repetición es normal.
Transcortical mixta	Alterada. Normal cuando repite.	Muy deteriorada.	Fluidez al repetir, pero muy pobre en la emisión espontánea. Con frecuencia la repetición es ecolálica.

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

Para fijarlo. Conducción, fascículo arqueado y repetición rota van juntos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, tabla 9.1, pág. 286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 15, PIR 2021 · n.º 106, PIR 2022 · n.º 22, PIR 2025 · n.º 67, PIR 2025 · n.º 75

145

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 4

¿Qué modalidad sensorial de alucinación es más frecuente en la epilepsia del lóbulo temporal?:

1 Auditiva.

2 Visual.

3 Táctil.

4 Olfativa. ✓

En la epilepsia del lóbulo temporal las alucinaciones olfativas son frecuentes

La **tabla 6.4** de Belloch indica con qué frecuencia aparece cada modalidad sensorial de alucinación en distintos trastornos. En la **epilepsia del lóbulo temporal**, las alucinaciones **olfativas** y gustativas figuran como frecuentes, las visuales como ocasionales y las auditivas y táctiles como infrecuentes. El texto lo confirma al describir las alucinaciones olfativas, que pueden darse en la epilepsia durante el **aura**, justo antes del ataque, y en las lesiones del **uncus** del lóbulo temporal.

1. La tabla marca las alucinaciones auditivas como infrecuentes en la epilepsia temporal. Son frecuentes en la esquizofrenia y en la alucinosis alcohólica.
2. Las visuales aparecen como ocasionales en la epilepsia temporal. Son frecuentes en el delirium, los tumores cerebrales y el consumo de sustancias.
3. Las táctiles figuran como infrecuentes en este trastorno.
4. Es una de las dos modalidades marcadas como frecuentes, junto con la gustativa, que no está entre las opciones.

TABLA 6.4. MODALIDADES SENSORIALES DE ALUCINACIÓN QUE APARECEN MÁS FRECUENTEMENTE EN DIFERENTES TRASTORNOS (EXTRACTO: EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL)

Modalidad sensorial	Frecuencia
Auditiva	* (infrecuente)
Visual	** (ocasional)
Táctil	* (infrecuente)
Gustativa	*(frecuente)
Olfativa	*(frecuente)

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.4, pág. 159 (extracto)

Para fijarlo. El lóbulo temporal huele y saborea, y el aura epiléptica puede empezar con un olor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.4, pág. 159; pág. 162.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 100, PIR 2021 · n.º 86, PIR 2024 · n.º 152

146 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes situaciones o fenómenos hacen más probable la producción de memorias falsas según la propuesta de Brewin y Andrews (2017)?:

1 La inducción de recuerdos mediante hipnosis.

2 La creación de imágenes con detalles personales relevantes. ✓

3 La presión grupal, cuando están implicados fenómenos de conformidad social.

4 La obediencia a la autoridad, en contextos en los que el individuo no tiene margen para escapar.

Las memorias falsas son más probables cuando se guía la creación de imágenes con detalles personales

Belloch revisa las técnicas que favorecen la creación de **memorias falsas**, como la repetición de la sugestión, animar a la conjetura, la hipnosis o la imaginación guiada. **Brewin y Andrews (2017)**, críticos con algunas conclusiones experimentales, concluyen aun así que las memorias falsas son más probables cuando se dan juntas y de forma repetida tres condiciones. Son una **figura de confianza** que refuerza la creencia autobiográfica, la **creación de imágenes** animada y guiada, sobre todo con **detalles personales relevantes**, y la aceptación irreflexiva de las experiencias resultantes.

1 El manual reconoce que la hipnosis aumenta la aceptación de la sugestión y la seguridad en lo recordado, pero no la incluye entre las condiciones de Brewin y Andrews.

2 Es la segunda de las tres condiciones que proponen Brewin y Andrews.

3 La presión de grupo aparece en el estudio de Herndon et al. (2014), donde produjo un recuerdo falso en el 40 % de los participantes, pero no forma parte de la propuesta de Brewin y Andrews.

4 La obediencia a la autoridad sin margen de escape no aparece en el capítulo. Brewin y Andrews hablan de una figura de confianza que refuerza la creencia.

Trampa. Las opciones 1 y 3 son factores sugestivos reales que el manual menciona en la página anterior. La pregunta pide los de una propuesta concreta.

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. 223-224.

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

147 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes distorsiones de la memoria se produce siempre con material de naturaleza semántica?:

1 Déjà vu.

2 Jamais vu.

3 Criptoamnesia. ✓

4 Pseudopresentimiento.

La criptomnesia se da siempre con material semántico

Belloch clasifica la **criptomnesia** entre las **parapraxias del reconocimiento**. En ella un recuerdo no se vive como tal y la persona cree que es una producción original, porque falla el reconocimiento y falta la sensación de familiaridad, como quien enuncia como propia una idea que ya había leído. Para explicarla, Reed (1988) recurre a la distinción de Tulving entre memoria episódica y **semántica**, ya que el fenómeno **siempre se da con material de naturaleza semántica**. Ese conocimiento formal no se ha conectado con referentes de la memoria episódica, y por eso no despierta familiaridad.

1. En el déjà vu la persona siente que ya ha visto o vivido algo aun sabiendo que es la primera vez. Janet lo explicó como una anomalía de la percepción, y el manual no lo limita al material semántico.
2. El jamais vu consiste en no reconocer perceptos experimentados regularmente, de modo que lo conocido no resulta familiar. El fallo afecta a lo percibido, mientras que en la criptomnesia afecta a ideas ya conocidas.
3. Es la única distorsión que, según el manual, se produce siempre con material semántico.
4. El pseudopresentimiento es la sensación de haber presenciado un hecho que nunca se ha presenciado, con la impresión de que se habría podido predecir. El manual lo relaciona con el déjà vu.

Para fijarlo. La criptomnesia es el plagio involuntario de una idea que uno ya había leído o escuchado.

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

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 59, PIR 2019 · n.º 150, PIR 2020 · n.º 65, PIR 2023 · n.º 75, PIR 2024 · n.º 148

148 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 4

¿Qué tipo de distorsión de la memoria es la hipermnesia?:

1 Parapraxia del reconocimiento.

2 Paramnesia del reconocimiento.

3 Paramnesia del recuerdo.

4 Parapraxia del recuerdo. ✓

La hipermnesia es una parapraxia del recuerdo

La **figura 7.2** de Belloch divide las distorsiones de la memoria en **paramnesias**, patológicas, y **parapraxias**, olvidos normales, y cada grupo en distorsiones del recuerdo y del reconocimiento. La **hipermnesia** aparece entre las **parapraxias del recuerdo**, junto a «su cara me suena», «conozco su cara pero no su nombre», la sensación de conocer, la punta de la lengua y la laguna temporal. El manual admite que puede parecer paradójico incluir en el capítulo un aumento de la capacidad de recordar, pero lo justifica porque la memoria es un proceso de reconstrucción parcial y selectivo.

1. Las parapraxias del reconocimiento son la criptomnesia, el déjà vu o déjà vécu y el jamais vu.
2. Las paramnesias del reconocimiento incluyen las agnosias, la paramnesia reduplicativa y los síndromes de Capgras y de Fregoli.
3. Las paramnesias del recuerdo son la confabulación, la pseudología fantástica, los recuerdos delirantes y la verificación compulsiva.
4. La figura 7.2 la sitúa entre las parapraxias del recuerdo, y el texto la desarrolla en ese apartado.

Ojo. El manual reconoce que las hipermnesias breves o transitorias pueden tener una connotación más patológica, aunque no siempre. Aun así, las clasifica como parapraxias del recuerdo.

Para fijarlo. Paramnesias para lo patológico, parapraxias para los fallos normales; la hipermnesia cae del lado de las parapraxias.

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, págs. 212-214.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 150, PIR 2023 · n.º 75, PIR 2024 · n.º 147

149

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 3

El estilo amplificador somatosensorial de Barsky (1992):

1. Describe las alteraciones atencionales y valorativas del trastorno dismórfico corporal.
2. Explica la hipervigilancia hacia sensaciones físicas intensas y frecuentes presentes en trastornos de síntomas somáticos.
3. Fue renovado por el constructo de amplificación de la amenaza somática de Köteles y Witthöft. ✓
4. Está centrado en las alteraciones atencionales de diferentes cuadros clínicos, sin tener en cuenta variables cognitivas.

Köteles y Witthöft renovaron la amplificación somatosensorial como amplificación de la amenaza somática

Belloch describe el **estilo amplificador somatosensorial** de Barsky (1992, 2001) al tratar la hipervigilancia. Según esta hipótesis, las personas con ansiedad por la salud se muestran **hipervigilantes** hacia las sensaciones corporales, tienden a seleccionar y centrarse en sensaciones **débiles o infrecuentes** y las interpretan erróneamente como signos de enfermedad. **Köteles y Witthöft (2017)** renovaron el constructo con el nombre de **amplificación de la amenaza somática**, porque estos pacientes serían sensibles a cualquier señal, externa o interna, que suponga una amenaza para la integridad del cuerpo.

1. El manual plantea la amplificación somatosensorial como una dimensión presente en la hipocondría y en el trastorno somatoforme, el actual trastorno de síntomas somáticos, y no la vincula al trastorno dismórfico corporal.
2. La tendencia es a centrarse en sensaciones corporales relativamente débiles e infrecuentes.
3. Es la renovación que recoge el manual.
4. El constructo incluye componentes cognitivos, como la tendencia a interpretar erróneamente las sensaciones como signos de enfermedad y la predisposición a reaccionar con respuestas afectivas y cognitivas que las intensifican.

> **Trampa.** La opción 2 cambia «débiles e infrecuentes» por «intensas y frecuentes». Según el manual, es la amplificación la que vuelve alarmantes unas sensaciones que al principio son débiles.

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. 127. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 290.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 145, PIR 2018 · n.º 206, PIR 2020 · n.º 164, PIR 2022 · n.º 73, PIR 2025 · n.º 117

150

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 1

Un paciente escucha hablar a su hermana y siente un golpe en el estómago, convencida de que su hermana le ha agredido a pesar de encontrarse en otra habitación. ¿Cómo se llama este tipo de fenómeno perceptivo?:

1. Alucinación refleja. ✓
2. Alucinación sintética.
3. Pseudoalucinación.
4. Alucinación funcional.

Sentir un golpe al oír hablar a alguien es una alucinación refleja

Belloch incluye las **alucinaciones reflejas** entre las variantes de la experiencia alucinatoria. Siguiendo a Hamilton, las describe como una variedad mórbida de la **sinestesia**, en la que un estímulo de un campo sensorial activa una alucinación en **otra modalidad sensorial**. El ejemplo del manual es el de un paciente que siente dolor cuando otra persona estornuda y está convencido de que el estornudo causa su dolor. En el enunciado, oír la voz de la hermana desencadena una sensación somática, así que la modalidad cambia.

1. Un estímulo auditivo desencadena una alucinación somática, es decir, en otra modalidad.
2. El capítulo de Belloch no recoge la alucinación sintética entre las variantes de la experiencia alucinatoria.
3. En las pseudoalucinaciones la persona reconoce que la experiencia es subjetiva y falta la convicción de realidad. La paciente del enunciado está convencida de que su hermana la ha agredido.
4. En las alucinaciones funcionales el estímulo real y la alucinación se perciben a la vez y en la misma modalidad sensorial, como oír la voz de Dios con las campanadas del reloj.

> **Para fijarlo.** Funcional, mismo sentido; refleja, otro sentido.

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 2014 · n.º 73, PIR 2015 · n.º 163, PIR 2017 · n.º 197, PIR 2018 · n.º 82, PIR 2021 · n.º 104, PIR 2023 · n.º 91, PIR 2024 · n.º 130

151

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 4

En relación con el uso de benzodiacepinas:

1. No está claramente establecido que produzca síntomas de abstinencia tras su retirada después de un periodo prolongado de consumo.
2. Su uso crónico no se relaciona con el desarrollo de deterioro cognitivo.
3. Su uso crónico no se relaciona con el riesgo de caídas.
4. No es recomendable usarlas más allá de un período breve de 2-4 semanas. ✓

Las benzodiacepinas no deben usarse más allá de 2 a 4 semanas

Penadés recoge como recomendación general que las **benzodiacepinas** se utilicen durante un periodo de **entre 2 y 4 semanas**, y que en los trastornos de ansiedad no se superen las 8 semanas, para evitar el desarrollo de dependencia. Su uso prolongado conlleva riesgo de abuso o dependencia y la posible aparición de un **síndrome de abstinencia**. El DSM-5-TR añade que, en las personas de edad avanzada, incluso el consumo a corto plazo de sedantes a dosis prescritas puede asociarse a un mayor riesgo de **problemas cognitivos y de caídas**.

1. El DSM-5-TR define la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a partir del cese o la reducción de un consumo que ha sido prolongado, y Penadés advierte del riesgo de síndrome de abstinencia con el uso prolongado.
2. El DSM-5-TR describe en el consumo mantenido episodios cada vez más graves de disfunción cognitiva, y asocia estos fármacos a problemas cognitivos en las personas mayores.
3. El DSM-5-TR asocia los sedantes, incluso a corto plazo y a dosis prescritas, a un mayor riesgo de caídas en las personas mayores.
4. Es la recomendación general que recoge el manual.

Ojo. El DSM-5-TR matiza que la relación de estos fármacos con el trastorno neurocognitivo mayor sigue sin estar clara (pág. 625). La opción 2 es falsa porque el manual sí los relaciona con problemas cognitivos y con episodios de disfunción cognitiva.

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. 29, págs. 694-695. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, págs. 623 y 625; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, pág. 628.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Penadés (Ampliación). DSM-5-TR es Base del tema B6 · Adicciones a sustancias.

152

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de los siguientes trastornos o cuadros clínicos es más frecuente la aparición de alucinaciones auditivas?:

1 Episodio maniaco.

2 Depresión mayor.

3 Alucinosis alcohólica. ✓

4 Delirium.

Las alucinaciones auditivas son frecuentes en la alucinosis alcohólica

En la **tabla 6.4** de Belloch, las alucinaciones **auditivas** aparecen como frecuentes en la **alucinosis alcohólica** y en la esquizofrenia, y como ocasionales en el delirium, el episodio maníaco y la depresión mayor. El texto añade que en la alucinosis alcohólica la persona suele oír sonidos pobremente estructurados, inconexos y a menudo amenazantes, y a veces fonemas o frases breves que le hablan en segunda persona y le dan órdenes. De las cuatro opciones, solo la alucinosis alcohólica lleva la máxima frecuencia en la columna auditiva.

1 En el episodio maníaco las alucinaciones auditivas figuran como ocasionales.

2 En la depresión mayor también figuran como ocasionales.

3 Es el único cuadro de las opciones en el que la tabla las marca como frecuentes.

4 En el delirium las auditivas son ocasionales, y las frecuentes son las visuales.

TABLA 6.4. MODALIDADES SENSORIALES DE ALUCINACIÓN QUE APARECEN MÁS FRECUENTEMENTE EN DIFERENTES TRASTORNOS (EXTRACTO: ALUCINACIONES AUDITIVAS)

Trastorno	Auditiva
Episodio maníaco	** (ocasional)
Depresión mayor	** (ocasional)
Alucinosis alcohólica	*(frecuente)
Delirium	** (ocasional)
Esquizofrenia	*(frecuente)

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.4, pág. 159 (extracto)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.4, pág. 159; pág. 160.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 85, PIR 2024 · n.º 145

153

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Según el modelo alternativo para los trastornos de personalidad del DSM-5, ¿en qué rasgo se ubica la faceta suspicacia?:

1 Psicoticismo.

2 Desinhibición.

3 Antagonismo.

4 Desapego. ✓

En el modelo alternativo del DSM-5, la suspicacia es una faceta del desapego

La **tabla 3** de la Sección III del DSM-5-TR define los dominios y facetas de los rasgos del **modelo alternativo** de los trastornos de la personalidad. El **desapego** (frente a extraversión) agrupa la evitación, la evitación de la intimidad, la anhedonia, la depresión, el afecto restringido y la **suspicacia**. Esta se define como expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal, dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás y sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguido. El afecto negativo incluye la misma faceta, bajo el nombre de desconfianza, y remite al desapego para su definición.

1. El psicoticismo, que la tabla llama psicotismo, agrupa las creencias y experiencias inusuales, la excentricidad y la desregulación cognitiva y perceptiva.
2. La desinhibición agrupa la irresponsabilidad, la impulsividad, la distraibilidad, la asunción de riesgos y, por su carencia, el perfeccionismo rígido.
3. El antagonismo agrupa la manipulación, la falsedad, la grandiosidad, la búsqueda de atención, la insensibilidad y la hostilidad.
4. La suspicacia se define dentro del desapego.

TABLA 3. DEFINICIONES DE LOS DOMINIOS Y FACETAS DE LOS RASGOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL DSM-5 (EXTRACTO)

Dominio	Facetas
Desapego (frente a extraversión)	Evitación, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido, suspicacia
Antagonismo (frente a amabilidad)	Manipulación, falsedad, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad
Desinhibición (frente a escrupulosidad)	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, asunción de riesgos, perfeccionismo rígido (carencia)
Psicotismo (frente a lucidez)	Creencias y experiencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva

Fuente: American Psychiatric Association (2023), DSM-5-TR, Sección III, tabla 3, págs. 899-901 (extracto)

Ojo. La traducción española del DSM-5-TR llama «desconfianza» a la faceta cuando la lista dentro del afecto negativo y la define en el desapego como «suspicacia». El afecto negativo no estaba entre las opciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Sección III, modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, tabla 3, págs. 899-901. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, tabla 13.4, pág. 408.

EN EL ATLAS

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

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

154 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes factores potencia la desregulación en el trastorno límite de la personalidad según el modelo de cascadas emocionales (Selby y Joiner, 2009)?:

1. La persistencia de la desorganización del apego.
2. La desconfianza epistémica.
3. La rumiación sobre aspectos emocionales negativos. ✓
4. Las diadas objetales relacionales rígidas.

Según Selby y Joiner, la rumiación sobre lo emocional negativo desencadena las cascadas emocionales

Belloch presenta el **modelo de cascadas emocionales** de Selby y Joiner (2009) como un complemento del **modelo biosocial** del trastorno límite, porque especifica los procesos que podrían potenciar la desregulación emocional, cognitiva y comportamental. Según sus autores, la desregulación se exacerba por la **rumiación sobre aspectos emocionales negativos**, del pasado o del presente, que da lugar a las cascadas emocionales. Estas magnifican el afecto negativo y favorecen conductas desadaptativas, como las **autolesiones**, que funcionan como técnica de distracción de ese malestar amplificado.

1. El apego desorganizado aparece en el capítulo en un estudio prospectivo sobre predictores del trastorno, mediado por alteraciones de la autorrepresentación en la adolescencia, y no forma parte del modelo de cascadas.
2. La desconfianza epistémica pertenece al modelo de comunicación social del equipo de Fonagy, uno de los modelos de cognición social desadaptativa.
3. Es el proceso que, según Selby y Joiner, desencadena las cascadas emocionales.
4. Las díadas objetales relacionales son un concepto de Kernberg que Díaz-Garrido presenta en el capítulo de la psicoterapia focalizada en la transferencia, donde las considera fundamentales a nivel terapéutico. No pertenecen al modelo de cascadas.

Trampa. Cada distractor procede de otro modelo del trastorno límite, el apego, la mentalización y las relaciones objetales. Conviene asociar cada concepto con su autor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, págs. 449-451. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14, pág. 274.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

155 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5, señale el criterio diagnóstico FALSO con respecto al trastorno de la personalidad dependiente:

1. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Esfuerzos desesperados por evitar que le abandonen, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan. ✓
4. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.

Los esfuerzos desesperados por evitar el desamparo pertenecen al trastorno de la personalidad límite

El **trastorno de la personalidad dependiente** se define en el DSM-5-TR por una necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, que lleva a un comportamiento sumiso y de apego exagerado y a miedo a la separación, con cinco o más de ocho criterios. Entre ellos están necesitar a los demás para asumir responsabilidades, buscar con urgencia otra relación cuando termina una y sentir una **preocupación no realista** por que le abandonen. Los **esfuerzos desesperados** para evitar el desamparo real o imaginado son, en cambio, el primer criterio del **trastorno de la personalidad límite**.

1. Es el criterio 8 del trastorno de la personalidad dependiente.
2. Es el criterio 2 del trastorno de la personalidad dependiente.
3. Une el primer criterio del trastorno límite con el final del criterio 5 del dependiente, según el cual la persona va demasiado lejos para obtener aceptación y apoyo, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
4. Es el criterio 7 del trastorno de la personalidad dependiente.

Ojo. El enunciado cita el DSM-5, cuyos criterios para ambos trastornos coinciden con los del DSM-5-TR.

Trampa. La opción falsa pega el arranque de un criterio del límite a la cola de un criterio real del dependiente, de modo que suena familiar.

Para fijarlo. El dependiente teme quedarse sin quien le cuide; el límite hace esfuerzos desesperados para que no le abandonen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de la personalidad dependiente, pág. 768; trastorno de la personalidad límite, pág. 752.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 204, PIR 2020 · n.º 61

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, señale la afirmación FALSA con respecto al trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados:

1. La tricotilomanía requiere especificar si existe introspección buena, o poca introspección, o ausencia de introspección y creencias delirantes. ✓
2. En el diagnóstico de trastorno por acumulación se requiere especificar con adquisición excesiva, siendo la forma más frecuente de adquisición la compra excesiva, seguida por la adquisición de artículos gratuitos.
3. El trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más común del trastorno dismórfico corporal (TDC), con un inicio por lo general posterior al TDC.
4. El trastorno de excoriación requiere necesariamente que se realicen intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.

La tricotilomanía y el trastorno de excoriación no tienen especificador de introspección

En el capítulo del DSM-5-TR sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, el especificador de **grado de introspección** (buena o aceptable, poca, o ausente con creencias delirantes) se aplica al TOC, al **trastorno dismórfico corporal** y al **trastorno de acumulación**. La **tricotilomanía** y el **trastorno de excoriación** no llevan ningún especificador. Sus criterios piden arrancarse el pelo o dañarse la piel de forma recurrente, intentos repetidos de disminuir o dejar de hacerlo, malestar o deterioro significativo y que no se explique mejor por otra afección o trastorno.

1. Es la afirmación falsa, porque la tricotilomanía no tiene especificador de introspección.
2. El trastorno de acumulación tiene el especificador con adquisición excesiva, presente en el 80-90 % de los casos, y la forma más frecuente es la compra excesiva, seguida de la adquisición de artículos gratuitos.
3. El DSM-5-TR señala el trastorno depresivo mayor como el comórbido más común del trastorno dismórfico corporal, con un inicio por lo general posterior.
4. Los intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel son el criterio B del trastorno de excoriación.

Ojo. La opción 2 dice que en la acumulación «se requiere especificar» la adquisición excesiva. El manual la plantea como un especificador que se indica cuando está presente, pero el resto de la opción es exacto y la falsedad clara está en la opción 1.

Para fijarlo. La introspección se especifica en el TOC, el dismórfico y la acumulación; el pelo y la piel van sin especificador.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, págs. 277-278, 281 y 284.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 76, PIR 2022 · n.º 43, PIR 2023 · n.º 74

157 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la prevención de la psicosis en individuos con estados mentales de alto riesgo (EMAR)?:

1. Las intervenciones psicofarmacológicas han demostrado ser más efectivas que las psicológicas para prevenir la transición a la psicosis.
2. No se ha podido establecer una recomendación sólida para una intervención específica para la prevención de la psicosis en individuos con EMAR. ✓
3. La terapia cognitivo-conductual, cuando se presenta combinada con intervenciones familiares, es el tratamiento recomendado como la intervención estándar en la prevención de la psicosis en los EMAR.
4. Las intervenciones basadas en las necesidades han sido desaconsejadas debido a su limitada eficacia en la prevención de la psicosis.

No hay una recomendación sólida a favor de una intervención concreta para prevenir la psicosis en los EMAR

Fonseca recoge la mayor revisión hasta la fecha, con siete metaanálisis y 20 ensayos (Fusar-Poli et al., 2019), que no encontró **evidencia sólida** para favorecer una intervención sobre otra en personas con **estados mentales de alto riesgo**. De ella se derivan recomendaciones que deben tomarse con precaución. La primera es que no puede recomendarse con firmeza ninguna intervención específica, por lo que se aconseja el enfoque más seguro y que las **intervenciones basadas en las necesidades** y las psicológicas primen sobre las psicofarmacológicas. Sin diferencias significativas, la más eficaz podría ser la **intervención psicológica integrada** y la segunda, la TCC combinada con intervenciones basadas en las necesidades.

1. Las intervenciones psicofarmacológicas no son más eficaces que las psicológicas y tienen efectos secundarios bien conocidos.
2. Es la primera recomendación del manual.
3. El manual sugiere como segunda opción la TCC combinada con intervenciones basadas en las necesidades, y no la presenta como intervención estándar recomendada.
4. Las intervenciones basadas en las necesidades se recomiendan, junto con las psicológicas, por delante de las psicofarmacológicas.

Ojo. El mismo apartado recoge que la guía NICE recomienda ofrecer TCC individual con o sin intervención familiar (pág. 285) y que los resultados parecen señalar como gold standard la TCC para la psicosis y la intervención psicológica integrada, combinable con otros formatos como las intervenciones familiares (pág. 286). Ninguno de los dos pasajes presenta la TCC combinada con intervención familiar como la intervención estándar, y la revisión más amplia no permite recomendar con firmeza ninguna intervención concreta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 285-286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 135, PIR 2021 · n.º 181, PIR 2024 · n.º 161

158

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

La terapia de mejora cognitiva (CET; Hogarty y Greenwald, 2006) para la esquizofrenia:

1. Tiene como uno de sus objetivos aumentar el insight y la conciencia de problema.
2. Se aplica en personas en la fase aguda y de estabilización de la enfermedad, cuando existen déficits cognitivos objetivables.
3. Es una terapia de tipo contextual.
4. Incluye entrenamiento en cognición social. ✓

La terapia de mejora cognitiva incluye entrenamiento en cognición social

La **tabla 8.9** de Fonseca describe la **terapia de mejora cognitiva** (CET) de Hogarty y Greenwald (2006) como una aproximación multidimensional y del desarrollo que integra **entrenamiento en neurocognición asistido por ordenador** con **ejercicios grupales en cognición social**. Se trabaja en grupos de seis personas, en parejas, durante 56 sesiones de 1,5 horas. El manual de psicosis precisa que se dirige a personas con esquizofrenia **en fase de recuperación**, estabilizadas, ambulatorias, con un cociente intelectual superior a 80 y sin dependencia de sustancias, y que busca habilidades sociocognitivas como la toma de perspectiva o la evaluación del contexto social.

1. Ninguna de las dos fuentes atribuye a la CET el objetivo de aumentar el insight o la conciencia de problema. Sus metas son las habilidades neurocognitivas y sociocognitivas.
2. Uno de sus criterios de inclusión es estar en fase de recuperación y estabilizado, de modo que no se aplica en la fase aguda.
3. El manual agrupa como terapias contextuales para la psicosis la ACT, la terapia centrada en la compasión, la terapia cognitiva basada en el mindfulness y la terapia cognitiva basada en la persona. La CET aparece entre los tratamientos integrados multimodales.
4. Los ejercicios grupales en cognición social son uno de sus dos componentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.9, pág. 280; pág. 266. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 10, pág. 330.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 161, PIR 2022 · n.º 163

159

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Qué elementos forman parte de la terapia de aceptación y compromiso para la psicosis?:

1. Crear distancia con respecto al lenguaje y desarrollar la voluntad. ✓
2. Plantear la posibilidad de que el problema sea el control y reestructurar polaridades semánticas contradictorias de la clínica delirante.
3. Crear un estado de desesperanza creativa y buscar la sintonización empática con el afecto.
4. Ayudar a crear un sentido trascendental del yo y estructurar la terapia para que sea evocadora.

Crear distancia con el lenguaje y desarrollar la voluntad son elementos de la ACT para la psicosis

Fonseca presenta la **terapia de aceptación y compromiso para la psicosis** (ACTp) como un modelo que formula los problemas de la psicosis en términos de **inflexibilidad psicológica** y promueve la flexibilidad mediante la aceptación, el mindfulness y la activación guiada por valores. La **tabla 8.4**, tomada de García-Montes y Pérez-Álvarez (2016), recoge seis elementos terapéuticos esenciales. Son crear desesperanza creativa, plantear que el problema sea el control, **crear distancia con respecto al lenguaje**, crear un sentido trascendental del yo, aclarar y fortalecer los valores y **desarrollar la voluntad**. Solo la opción 1 combina dos elementos de la lista.

1. Son los elementos 3 y 6 de la tabla 8.4.
2. Plantear que el problema sea el control es el elemento 2, pero reestructurar polaridades semánticas de la clínica delirante no figura en la tabla.
3. La desesperanza creativa es el primer elemento, pero la sintonización empática con el afecto no está en la tabla.
4. El sentido trascendental del yo es el elemento 4, pero estructurar la terapia para que sea evocadora no aparece entre los elementos.

TABLA 8.4. ELEMENTOS TERAPÉUTICOS ESENCIALES DE LA ACTP (GARCÍA-MONTES Y PÉREZ-ÁLVAREZ, 2016)

Elemento terapéutico	Objetivo principal
1. Crear un estado de desesperanza creativa	Pretende que la persona (o el individuo) contacte emocionalmente con el desconcierto y la incertidumbre, abandonando estrategias que han podido aliviarle a corto plazo pero que, a la larga, han empeorado su situación real
2. Plantear la posibilidad que el problema sea el control	Trata que el individuo comprenda que hay ciertos aspectos de sus experiencias mentales que es imposible controlar y de igualar experiencias psicóticas a sus problemas emocionales
3. Crear una distancia con respecto al lenguaje	Empezar a hacer que el individuo se distancie de sus experiencias generando dudas sobre aspectos distintos a las alucinaciones o los delirios
4. Ayudar a crear un sentido trascendental del «yo»	Dirigir las intervenciones a fortalecer el sentido de uno mismo como contexto
5. Aclarar y fortalecer los valores de la persona	Buscar formas en que la persona pueda cumplir estos ideales en sus circunstancias
6. Desarrollar la voluntad	Ordenación jerárquica de fines que ponen a la persona ante el carácter conflictivo y trágico de la existencia

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 8, tabla 8.4, pág. 267 (García-Montes y Pérez-Álvarez, 2016)

Trampa. Las tres opciones falsas emparejan un elemento real de la tabla con otro inventado. Hay que comprobar las dos mitades de cada opción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.4, págs. 266-267.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 35, PIR 2021 · n.º 136

160

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

En relación con la prevalencia del trastorno esquizoafectivo:

1. Se estima una prevalencia vital estimada del 0,3%, con una incidencia superior en mujeres. ✓
2. Se estima una prevalencia vital similar a la de la esquizofrenia, con una incidencia ligeramente superior en hombres.
3. Se estima una prevalencia vital del 0,3%, con una incidencia superior en hombres.
4. Se estima una prevalencia vital del 1,6%, con una incidencia superior en mujeres.

La prevalencia vital del trastorno esquizoafectivo es del 0,3 %, mayor en las mujeres

Según el **DSM-5-TR**, la frecuencia del **trastorno esquizoafectivo** parece ser una **tercera parte** de la de la esquizofrenia. En una muestra finlandesa se calculó una **prevalencia a lo largo de la vida del 0,3 %**, mayor en las **mujeres** que en los varones con criterios del DSM-IV. El manual añade que cabría esperar una tasa menor con el criterio C del DSM-5, más estricto, que exige síntomas de un episodio mayor del estado de ánimo durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad.

1. Coincide con los datos del DSM-5-TR.
2. La frecuencia es una tercera parte de la de la esquizofrenia y predomina en las mujeres. Es del trastorno esquizofreniforme del que el manual dice que su incidencia en los diferentes contextos socioculturales probablemente sea similar a la de la esquizofrenia.
3. Acierta en el 0,3 %, pero el predominio es femenino.
4. Acierta en el predominio femenino, pero la cifra del manual es el 0,3 %.

> **Ojo.** El DSM-5-TR habla de una prevalencia mayor en las mujeres, mientras que la opción correcta dice incidencia. El matiz no cambia la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno esquizoafectivo, pág. 123; trastorno esquizofreniforme, pág. 112.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 80, PIR 2021 · n.º 123

161

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Señale la respuesta FALSA en relación con los estados mentales de alto riesgo de psicosis (EMAR):

1. Entre las personas con EMAR que desarrollaran un cuadro psicótico, predomina la transición hacia trastornos del espectro esquizofrénico en comparación con trastornos psicóticos afectivos.
2. El grupo de EMAR de síntomas psicóticos atenuados es el más frecuente en comparación con los otros grupos de riesgo.
3. El grupo de EMAR de síntomas psicóticos atenuados está asociado a un mayor riesgo de transición en comparación con los otros grupos de riesgo. ✓
4. Los EMAR se caracterizan por ser grupos heterogéneos con una evolución no lineal.

El grupo con mayor riesgo de transición a la psicosis es el BLIPS

Fonseca resume las características prototípicas de los **estados mentales de alto riesgo** (EMAR). El grupo de **síntomas psicóticos atenuados** (APS) reúne aproximadamente el 85 % de los casos, frente al 10 % del BLIPS y el 5 % del GRD. Sin embargo, el **grupo BLIPS** se asocia a un mayor riesgo de transición, ya que a los dos años transita a psicosis en un **38 %**, frente al 24 % del APS y el 8 % del GRD. Entre quienes desarrollan psicosis predomina la transición al espectro esquizofrénico, y el curso es no lineal, dinámico, fluctuante y heterogéneo.

1. Es verdadera. Predomina la transición hacia el espectro esquizofrénico, con un 73 % frente al 11 % de las psicosis afectivas.
2. Es verdadera. El grupo APS aglutina aproximadamente el 85 % de los casos.
3. Es la afirmación falsa, porque el mayor riesgo de transición corresponde al grupo BLIPS.
4. Es verdadera. Los grupos de EMAR son heterogéneos y su curso es no lineal, dinámico, fluctuante y heterogéneo.

Trampa. El grupo más frecuente, el APS, no es el de mayor riesgo, que es el BLIPS. La pregunta juega con esa confusión entre frecuencia y riesgo.

Para fijarlo. El APS es el más numeroso; el BLIPS, el que más transita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 24, pág. 774.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 157

162

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En relación con las intervenciones familiares psicoeducativas para la esquizofrenia:

1. Han mostrado eficacia en la reducción de la carga y la emoción expresada familiar, pero escasa eficacia a la hora de reducir la sintomatología y las hospitalizaciones de los pacientes.
2. Se recomienda utilizar modelos terapéuticos que no incluyan la consideración del papel etiológico que tienen la conducta y la comunicación familiar en el desarrollo de la esquizofrenia. ✓
3. Los resultados muestran mayor eficacia cuando las intervenciones son estructuradas, conductuales y de breve duración.
4. Se recomiendan los abordajes unifamiliares por encima de los multifamiliares.

Las intervenciones familiares en la esquizofrenia evitan los modelos que dan a la familia un papel etiológico

En el capítulo sobre esquizofrenia de la Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, las conclusiones sobre las **intervenciones familiares psicoeducativas** señalan que, combinadas con medicación antipsicótica, reducen la carga y la emoción expresada familiares, la sintomatología, las recaídas y las rehospitalizaciones. Hay acuerdo en que deben contemplar los cambios de conducta desde una perspectiva de enfermedad, tener dirección profesional y **no incluir modelos** que presumen que la conducta y la comunicación familiar tienen un **papel etiológico** en la esquizofrenia, de modo que los familiares actúen como **agentes terapéuticos**. Las intervenciones breves muestran escasa eficacia, y se aconseja el formato multifamiliar.

1. Las intervenciones familiares han probado su eficacia también en la sintomatología clínica, las recaídas y las rehospitalizaciones.
2. Es uno de los elementos básicos en los que, según la guía, hay acuerdo.
3. Los resultados confirman una escasa eficacia de las intervenciones breves, y la duración óptima ronda los dos años.
4. El formato unifamiliar a domicilio y el multifamiliar en grupo parecen igual de eficaces, pero la socialización, las redes de apoyo, el menor coste y la facilidad de aplicación aconsejan el multifamiliar. Vallejo añade, con el metaanálisis de Pitschel-Walz et al. (2001), que los abordajes multifamiliares producen mejores resultados.

Ojo. La Guía matiza su consejo a favor del formato multifamiliar: en el metaanálisis de Pilling et al. (2002a), tras uno o dos años de tratamiento, las intervenciones unifamiliares fueron superiores a las multifamiliares en la reducción de recaídas y en la evolución clínica. Aun así, la recomendación general de la Guía y el metaanálisis de Pitschel-Walz et al. (2001) que recoge Vallejo favorecen el formato multifamiliar, y la opción 2 es la única que reproduce un principio en el que hay acuerdo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (esquizofrenia), apartado 2, conclusiones sobre las intervenciones con familias (edición digital sin paginar). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), págs. 961-962.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 148, PIR 2018 · n.º 160, PIR 2018 · n.º 166, PIR 2021 · n.º 182, PIR 2022 · n.º 165

163

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

En el tratamiento psicológico de la esquizofrenia se recomienda ajustar las intervenciones en función de las fases del trastorno, ¿en qué fase se priorizaría la reducción de la sobreestimulación ambiental?:

1 En la fase de estabilización.

2 En la fase prodrómica.

3 En la fase estable.

4 En la fase aguda. ✓

La APA prioriza reducir la sobreestimulación en la fase aguda de la esquizofrenia

Vallejo recoge en la **tabla 10** las intervenciones que distintas guías recomiendan según la **fase de la esquizofrenia**. En la columna de la **American Psychiatric Association** (2004), la **fase aguda** incluye establecer alianza con pacientes y familia, prevenir el daño, **reducir la sobreestimulación**, estructurar el ambiente, la comunicación simple, el apoyo tolerante, la información y los talleres de supervivencia familiar. La fase de estabilización se centra en reducir el estrés y adaptarse a la comunidad, y la fase estable, en la rehabilitación y el entrenamiento en habilidades. La Guía de tratamientos eficaces I recoge las mismas recomendaciones, con la versión de 1997 de la APA, en su tabla 1.1.

1. En la fase de estabilización la APA propone, entre otras, reducir el estrés, adaptarse a la comunidad, terapia de apoyo, psicoeducación y prevención de recaídas.
2. La tabla distingue fase aguda, de estabilización y estable, y no incluye una fase prodrómica.
3. En la fase estable se recomiendan, entre otras, el entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria, el empleo con apoyo, la terapia cognitiva y el manejo de estrés.
4. La reducción de la sobreestimulación figura en la fase aguda.

TABLA 10. INTERVENCIONES INDICADAS SEGÚN LAS FASES DE LA ESQUIZOFRENIA (EXTRACTO: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004)

Fase	Intervenciones (American Psychiatric Association, 2004)
Fase aguda	Establecer alianza con pacientes y familia. Prevención del daño. Reducción de la sobreestimulación. Estructuración del ambiente. Comunicación simple. Apoyo tolerante. Información. Talleres de supervivencia familiar
Fase de estabilización	Reducción del estrés. Adaptación a la comunidad. Terapia de apoyo. Psicoeducación del paciente y de la familia. Prevención de recaídas. Fomento esperanza y progreso. Inicio de rehabilitación no exigente, de bajo tono
Fase estable	Entrenamiento en habilidades sociales y de vida diaria. Empleo con apoyo. Terapia cognitiva. Manejo de estrés. Intervención familiar. Tratamiento asertivo comunitario

Fuente: Vallejo (2012), vol. II, cap. 14, tabla 10, pág. 973 (extracto)

Para fijarlo. En la fase aguda, menos estímulos y más estructura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), tabla 10, pág. 973. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1, tabla 1.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

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

164

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

En relación con las terapias cognitivo conductuales aplicadas a los delirios, ¿cuál de estas afirmaciones es cierta?:

1. Se recomienda aplicar la fase de análisis verbal posteriormente a la de comprobación empírica.
2. Se puede aplicar la fase de comprobación empírica de las creencias de forma aislada, ya que se ha mostrado igual de eficaz que aplicada de forma combinada con el análisis verbal.
3. El análisis de la lógica interna del delirio se realiza en la fase de comprobación empírica.
4. En la fase de comprobación empírica es recomendable poner a prueba tanto la creencia delirante como la alternativa no delirante. ✓

En la comprobación empírica conviene poner a prueba también la alternativa no delirante

Fonseca organiza el trabajo con el significado de los síntomas en la TCC para la psicosis en el **análisis o debate verbal** de las creencias, la **comprobación empírica** y el trabajo con las imágenes. El análisis verbal incluye la identificación de pensamientos y emociones, el análisis de las evidencias y el **análisis de la lógica interna del delirio**. La comprobación empírica consiste en planear un experimento que ponga a prueba una creencia, sin confrontar a la persona, y para cerrar el trabajo con una creencia es recomendable poner a prueba también la **alternativa no delirante** con otra prueba de realidad.

1. Chadwick y Lowe (1990) mostraron, con estudios de casos, que la comprobación empírica es más efectiva cuando se aplica después del análisis verbal.
2. El manual de psicosis desaconseja aplicar la comprobación empírica de forma aislada como único componente, porque se apoya en el debate verbal y a su vez lo alimenta.
3. El análisis de la lógica interna del delirio es la tercera fase del análisis verbal, en la que se debaten las incoherencias y contradicciones del sistema de creencias.
4. Es la recomendación con la que el manual cierra el trabajo con una creencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, págs. 261-262. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5, pág. 188.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 159, PIR 2020 · n.º 158, PIR 2023 · n.º 162, PIR 2023 · n.º 164, PIR 2025 · n.º 93, PIR 2025 · n.º 131

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes terapias para la psicosis incluye la estrategia de normalización racional y se centra en normalizar la experiencia psicótica con el fin de desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales?:

1 La terapia de potenciación de las estrategias de afrontamiento de Tarrier.

2 La terapia metacognitiva interpersonal para la psicosis.

3 La terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Tower.

4 La terapia cognitivo conductual de Kingdon y Turkingon. ✓

La normalización racional es la aportación de la TCC de Kingdon y Turkington

La Guía de tratamientos eficaces I explica que la **terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington** usa básicamente los mismos procedimientos que la de **Chadwick** et al., pero los amplía con la **normalización racional**. Esta terapia se centra en normalizar la experiencia psicótica para **desestigmatizar los síntomas** y dejarlos abiertos a argumentos racionales. El terapeuta identifica los acontecimientos estresantes previos a la psicosis para explicar la enfermedad de manera no estigmatizadora, y después aplica las técnicas estándar de la TCC a los síntomas actuales. La guía señala que la terapia de Chadwick se basa principalmente en la reestructuración cognitiva.

1 La potenciación de las estrategias de afrontamiento de Tarrier figura entre las aproximaciones cognitivo-conductuales a la psicosis, pero la normalización racional se atribuye a Kingdon y Turkington.

2 Ninguna de las fuentes consultadas vincula la normalización racional con la terapia metacognitiva interpersonal.

3 La terapia de Chadwick se basa sobre todo en la reestructuración cognitiva. Kingdon y Turkington parten de sus procedimientos y añaden la normalización racional.

4 Es la terapia que la guía asocia a la normalización racional.

Para fijarlo. Kingdon y Turkington normalizan para desestigmatizar; Chadwick reestructura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 2 (delirios y alucinaciones), apartado 2 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 5, pág. 182.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 131

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Señale la alternativa FALSA en relación con la terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora (PBCT):

1. El trabajo con esquemas pretende reducir el malestar asociado a los esquemas negativos sobre el yo y sobre los demás, y desarrollar esquemas positivos.
2. La PBCT, a diferencia de la terapia de aceptación y compromiso, busca como objetivo que el paciente se enfrente a los síntomas en lugar de cambiar la relación con las experiencias estresantes mediante aceptación y mindfulness. ✓
3. Una de las dimensiones básicas de trabajo es el significado sintomático que incluye las experiencias psicóticas: delirios, voces y síntomas primarios.
4. Promueve un yo simbólico complejo, cambiante y emocionalmente variado.

La PBCT coincide con la ACT en cambiar la relación con las experiencias en vez de luchar contra los síntomas

Fonseca presenta la **terapia cognitiva basada en la persona** (PBCT) de Chadwick como la evolución de la TCC para la psicosis desde la reducción sintomática hacia una perspectiva centrada en la persona como contexto. La PBCT **converge con la ACT** en el objetivo de **cambiar la relación** con las experiencias estresantes mediante la **aceptación y el mindfulness**, en vez de luchar contra los síntomas. Se organiza en cuatro dimensiones, el significado sintomático, la relación con la experiencia interna desde la conciencia plena, el trabajo con esquemas y el trabajo con el **yo simbólico**.

1. Es verdadera. El trabajo con esquemas pretende reducir el malestar asociado a los esquemas negativos sobre el yo y los demás y desarrollar esquemas positivos.
2. Es la afirmación falsa, porque la PBCT converge con la ACT en cambiar la relación con las experiencias en lugar de luchar contra los síntomas.
3. Es verdadera. El significado sintomático, que incluye delirios, voces y síntomas primarios, es la primera de las cuatro dimensiones.
4. Es verdadera. La tabla 8.7 incluye, en el trabajo con los esquemas y el yo simbólico, promover un yo simbólico complejo, cambiante y emocionalmente variado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.7, págs. 271-272.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 139

167 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F3 · Enfoques eclécticos e integradores

Respuesta correcta: 4

Según la propuesta de la selección sistemática de tratamientos de Beutler et al. (2000) y la psicoterapia prescriptiva (Beutler y Harwood, 2000):

1. El nivel de deterioro funcional no se relaciona necesariamente con el pronóstico del tratamiento.
2. El grado de apoyo social no es decisivo en la decisión de aplicar un tratamiento breve o más prolongado.
3. Las intervenciones mínimamente estructuradas son aconsejables para pacientes con afrontamiento centrado en la tarea.
4. El cambio en psicoterapia es más probable cuando el paciente se expone a los estímulos de evitación conductual y emocional. ✓

La selección sistemática de Beutler ajusta el tratamiento a la gravedad, el afrontamiento, la reactancia y el malestar

Penadés presenta la **selección sistemática de tratamientos** de Beutler como una propuesta pionera para personalizar la psicoterapia según las características del paciente, más allá del diagnóstico. A mayor **severidad**, más complejos y largos deben ser los dispositivos; el **estilo de afrontamiento** externalizador pide terapias centradas en los síntomas y el internalizador, terapias de insight; la **reactancia** alta pide terapias poco directivas; y el malestar elevado, intervenciones que reduzcan la emocionalidad. Vallejo y Rodríguez recogen de Beutler et al. (2004) que las personas responden mejor a las intervenciones **opuestas a su estilo habitual**, con el ejemplo de los clientes «evitadores» a los que la terapia cognitiva lleva a **enfrentarse a las situaciones que les provocan ansiedad**. Ese es el principio de la respuesta correcta.

1. Penadés recoge como principio pronóstico que los pacientes con mayor nivel de disfunción inicial se benefician menos de la psicoterapia, y Gimeno añade que los casos leves se benefician de intervenciones menos intensas.
2. Rojí (2012) recoge que el contexto de tratamiento, que incluye su intensidad, se elige sobre todo según el diagnóstico y el soporte social, que suele pesar más, y Vallejo y Rodríguez, que quien tiene apoyo social no necesita tratamientos tan largos ni tan intensos. El apoyo social sí es decisivo.
3. Ni Penadés ni Rojí (2012) relacionan la estructuración de la terapia con el afrontamiento centrado en la tarea. Rojí la ajusta a la reactancia, con tareas poco estructuradas para los pacientes muy reactantes y sesiones bien estructuradas para los poco reactantes, y el estilo de afrontamiento orienta hacia el cambio de conductas o hacia el insight.
4. Es el principio de los clientes «evitadores»: el cambio llega cuando la intervención los lleva a enfrentarse a las situaciones que evitan.

Ojo. La formulación literal de la opción 4 es de Beutler y Harwood (2000), que no está en el corpus; Vallejo y Rodríguez recogen el mismo principio a través de Beutler et al. (2004).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 122-123. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, págs. 154-156. Rojí Menchaca, B. (2012). Tratamientos integradores. En Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores. UNED. Cap. 15, págs. 661-668. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 2, págs. 96, 103 y 104-105. La formulación literal de la clave procede de Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection. Oxford University Press, que no está en el corpus.

EN EL ATLAS

Tema F3 · Enfoques eclécticos e integradores. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Gimeno (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 153, PIR 2022 · n.º 186, PIR 2023 · n.º 133, PIR 2025 · n.º 78

168

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C3 · Tratamientos transdiagnósticos

Respuesta correcta: 4

La terapia de enfoque modular para niños con ansiedad, depresión, trauma o problemas de conducta (Chorpita y Weisz, 2009):

1 Es un programa en formato grupal para niños y adolescentes entre 6 y 15 años.

2 Establece diagramas de flujo que secuencian las intervenciones que se aplican en un orden determinado, sin variaciones, tanto a los menores como a sus progenitores.

3 Incluye 33 módulos que se centran en los mecanismos transdiagnósticos de estas problemáticas desde un enfoque sistémico.

4 Utiliza módulos de tratamiento que se eligen en función de la gravedad y los problemas identificados en la entrevista previa con el menor y sus cuidadores. ✓

El MATCH-ADTC elige los módulos según la gravedad y los problemas detectados en la entrevista inicial

Fonseca presenta el **MATCH-ADTC** de Chorpita y Weisz (2009) como un programa **modular** que reconoce la elevada comorbilidad infantil e integra técnicas de la TCC para la ansiedad, la depresión y el trauma con el entrenamiento conductual para padres. Incluye 33 módulos y se dirige a niños y adolescentes de 6 a 15 años en **formato individual**, con algunas sesiones para los padres. Empieza con una **entrevista** que identifica la demanda, los problemas principales y su **gravedad**, y en función de ellos se eligen los módulos con ayuda de diagramas de flujo. La intervención es lo bastante flexible para que el terapeuta elija los componentes.

1 El programa se aplica en formato individual, aunque dedica algunas sesiones a los padres.

2 Los diagramas de flujo proponen una secuencia óptima, pero la intervención es flexible y el terapeuta puede elegir los componentes. Los diagramas se adaptan incluso si un módulo no puede hacerse.

3 Los 33 módulos son correctos, pero incorporan técnicas habituales de la TCC, como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva o la exposición gradual, y no un enfoque sistémico.

4 Es como el manual describe la selección de los módulos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 3, págs. 122-123.

EN EL ATLAS: Tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 184

169 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 1

En relación con el tratamiento del trastorno negativista desafiante:

1. El manejo de conflictos y las habilidades de comunicación son las técnicas de tratamiento más habituales en los enfoques centrados en la familia. ✓
2. La guía NICE recomienda intervenciones multimodales que incluyan a la familia para el tratamiento de niños entre 9 y 14 años.
3. En los tratamientos centrados en el niño y el adolescente, el entrenamiento en habilidades cognitivas se enfoca en entrenar habilidades de comunicación dirigidas tanto al niño como a la familia.
4. Los programas de tratamiento para padres presentan menor eficacia en la reducción del comportamiento disruptivo si se aplican en un entorno cultural diferente al utilizado en su diseño.

Las terapias familiares del negativismo desafiante comparten el manejo de conflictos y la comunicación

El capítulo de Fonseca sobre el trastorno negativista desafiante explica que las intervenciones familiares para el comportamiento disruptivo parten de aproximaciones teóricas diversas, pero comparten mecanismos de cambio, técnicas y parámetros de tratamiento. Los mecanismos comunes son el **compromiso con el tratamiento**, la **alianza terapéutica** y el foco en la interacción, y las técnicas más habituales son el **manejo de los conflictos** y las **habilidades de comunicación**. Es lo que dice la opción 1. Las otras tres toman datos del mismo capítulo y cambian una pieza: la franja de edad de la guía NICE, el componente que trabaja la comunicación y el peso del contexto cultural en los programas para padres.

1. Es la frase con la que el manual describe las técnicas más habituales del tratamiento centrado en la familia.
2. La guía NICE recomienda intervenciones parentales conductuales de 3 a 11 años, intervenciones individuales cognitivo-conductuales entre los 9 y los 14 años e intervenciones multimodales con la familia entre los 11 y los 17. La opción coloca las multimodales en la franja de las individuales.
3. En el tratamiento centrado en el niño, las habilidades cognitivas abarcan la automonitorización del comportamiento disruptivo, la regulación emocional y la gestión de la ira. La comunicación dirigida al niño y a la familia corresponde a la resolución de problemas.
4. Los programas de entrenamiento a padres funcionan igual tanto si se diseñaron para el país donde se aplican como si se importan de otro contexto cultural, e incluso pueden ser más eficaces cuando las culturas difieren. Lo que sí pesa en los resultados es la fidelidad al protocolo original.

TRATAMIENTO RECOMENDADO POR LA GUÍA NICE SEGÚN LA EDAD

Edad	Intervención recomendada
Niños de 3 a 11 años	Intervenciones parentales conductuales para familias
Entre los 9 y 14 años	Intervenciones individuales cognitivo-conductuales
Entre los 11 y 17 años	Intervenciones multimodales que incluyan a la familia

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 10, pág. 291

Para fijarlo. La NICE escala con la edad: primero los padres, luego el niño y, en la adolescencia, toda la familia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, págs. 291-292 y 294-295.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 190, PIR 2018 · n.º 217, PIR 2024 · n.º 189

170

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 2

Con respecto a la psicoterapia entre padres e hijos (Lieberman, 2004) para el tratamiento de niños o adolescentes expuestos a situaciones de violencia contra su cuidador principal:

1. Integra procedimientos del aprendizaje social, la terapia de aceptación y compromiso y la teoría del apego.
2. Las intervenciones se centran en promover la regulación emocional y afectiva, tanto del progenitor como del niño o el adolescente, y generar una narrativa conjunta del trauma. ✓
3. Niño y progenitor son atendidos en sesiones individuales, programándose sesiones conjuntas cuando se requiera.
4. Las sesiones van orientadas a la identificación de pensamientos ansiosos, resolución de problemas y la exposición del niño o el adolescente a situaciones que le provoquen ansiedad.

La psicoterapia entre padres e hijos regula a ambos y construye con ellos una narrativa del trauma

Fonseca describe la **psicoterapia entre padres e hijos** (CPP) de Lieberman en el apartado de violencia conyugal, porque los preescolares expuestos a la violencia contra su madre muestran déficits de autorregulación emocional. La relación entre madre e hijo es el mecanismo terapéutico de cambio. Las intervenciones buscan **promover la regulación emocional y afectiva** de los dos, modificar los comportamientos desadaptativos de ambos y de su interacción, apoyar las interacciones que favorecen el desarrollo del menor y guiarlos en la creación de una **narrativa del trauma**. La opción 2 resume esos objetivos.

1. La CPP integra procedimientos de la psicoterapia dinámica, la teoría del apego y el trauma, el enfoque cognitivo-conductual y las teorías del aprendizaje social. La terapia de aceptación y compromiso no figura entre ellos.
2. Recoge dos de los objetivos que el manual atribuye a la intervención, la regulación emocional de progenitor e hijo y la narrativa conjunta del trauma.
3. El manual describe el formato contrario. Niño y madre acuden a sesiones conjuntas, y las sesiones individuales con la madre se programan cuando se requiere.
4. El manual no menciona entre los componentes de la CPP la identificación de pensamientos ansiosos ni la exposición a situaciones temidas. La CPP se centra en la relación entre ambos como mecanismo de cambio.

Ojo. El manual presenta la CPP para preescolares expuestos a la violencia conyugal contra la madre. El enunciado lo amplía a niños o adolescentes y habla de progenitor en lugar de madre, pero el contenido de las opciones es el del manual.

Para fijarlo. En la CPP madre e hijo entran juntos a consulta y construyen juntos el relato de lo vivido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, pág. 559.

EN EL ATLAS

Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

171

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes aspectos es característico de los estados mentales de alto riesgo (EMAR)?:

1. Entre aquellas personas con EMAR que desarrollan un cuadro psicótico predomina la transición hacia psicosis afectivas en comparación con trastornos del espectro de la esquizofrenia.
2. Más de la mitad de las personas con EMAR presentan ideación suicida. ✓
3. Algunas personas con EMAR no acaban desarrollando un trastorno psicótico franco, por lo que no requieren tratamiento.
4. El inicio temprano de medicación antipsicótica en personas con EMAR, especialmente durante la adolescencia, reduce el riesgo de psicosis.

Dos de cada tres personas con un estado mental de alto riesgo presentan ideación suicida

Fonseca enumera las características prototípicas de los **estados mentales de alto riesgo** (EMAR) en el capítulo sobre síntomas psicóticos en adolescentes. Entre ellas figura una comorbilidad alta, con un trastorno comórbido en torno al 73 % de los casos, y el **66 % presenta ideación suicida**, el 16 % intentos suicidas y el 49 % autolesiones. Más de la mitad, por tanto, como dice la opción 2. El mismo listado recuerda que quienes transitan a la psicosis lo hacen sobre todo hacia el **espectro esquizofrénico** y que las personas con EMAR presentan **necesidad de tratamiento** tanto si desarrollan un trastorno psicótico franco como si no.

1. Entre quienes desarrollan un cuadro psicótico predomina la transición hacia trastornos del espectro esquizofrénico (73 %) frente a las psicosis afectivas (11 %).
2. El 66 % de las personas con EMAR presenta ideación suicida, así que la afirmación es cierta.
3. Las personas con EMAR, acaben o no desarrollando un trastorno psicótico franco, presentan impacto funcional y necesidad de tratamiento. El manual añade que quienes no transitan a la psicosis siguen con peor funcionamiento social y cognitivo que los controles sanos.
4. La guía NICE, que recoge el manual, aconseja no ofrecer antipsicóticos a las personas de mayor riesgo de desarrollar psicosis ni con el objetivo de disminuir ese riesgo. La principal intervención preventiva en psicosis es la psicoterapéutica.

> **Para fijarlo.** En los EMAR la ideación suicida (dos de cada tres) es mucho más frecuente que la transición a la psicosis (en torno a uno de cada cinco a los tres años).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 24, págs. 774-775 y 786. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 285.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 135

Respuesta correcta: 3

En relación con el trastorno de ansiedad por separación:

1. La edad de aparición más frecuente es a los 7 años, no pudiendo diagnosticarse a partir de esa edad. En niños más mayores, adolescentes y adultos, deben considerarse diagnósticos alternativos que cursen con sintomatología similar.
2. En los niños de 4-6 años, el diagnóstico comórbido más habitual es el de trastorno obsesivo-compulsivo.
3. En población clínica no parecen existir diferencias en cuanto a la distribución por sexo. ✓
4. Un ejemplo de este trastorno sería el miedo a sufrir una crisis de pánico y que no exista nadie disponible para prestar ayuda, evitando por ello la separación.

En las muestras clínicas de niños, la ansiedad por separación es igual de frecuente en ambos sexos

El DSM-5-TR sitúa en torno al 4 % la prevalencia de 6 a 12 meses del **trastorno de ansiedad por separación** en niños. En las **muestras clínicas** infantiles el trastorno es **igual de frecuente en niños y niñas**, mientras que en las muestras comunitarias es más frecuente en las niñas. Por eso la opción 3 es correcta. El resto del texto desmonta los distractores, porque el inicio puede darse desde la edad preescolar y **en cualquier momento de la infancia y la adolescencia**, el manual describe también el cuadro en adultos y la comorbilidad infantil más habitual es con la **ansiedad generalizada** y la fobia específica.

1. El inicio puede producirse precozmente en la edad preescolar y en cualquier momento de la infancia y la adolescencia. El manual da además datos de prevalencia y curso en adultos, con una duración orientativa de 6 meses o más para ellos, así que no hay edad tope.
2. En los niños el trastorno es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. El trastorno obsesivo-compulsivo aparece entre las comorbilidades de los adultos.
3. En las muestras clínicas de niños el trastorno es igual de frecuente en ambos sexos.
4. Evitar la separación por miedo a una crisis de pánico sin nadie que ayude encaja con la agorafobia. Según el diagnóstico diferencial del manual, quien tiene ansiedad por separación teme estar lejos de los lugares seguros asociados a sus figuras de apego, y no le preocupa quedarse atrapado o incapacitado.

Para fijarlo. En consulta, niños y niñas a la par; en la comunidad, más niñas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de ansiedad por separación, págs. 218-221.

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

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 3

La terapia familiar funcional (Sexton et al., 2004) para niños y adolescentes con conductas adictivas:

1. Se aplica en cuatro fases distintas: compromiso, evaluación de la relación, cambio de comportamiento y generalización.
2. Entiende los problemas de conducta del adolescente como una forma de desviación del curso normal del desarrollo.
3. Se basa en el supuesto de que los comportamientos de cada miembro de la familia tienen una función positiva y negativa, incluyendo el comportamiento antisocial del adolescente. ✓
4. Incorpora principios de modificación de conducta, terapia familiar estructural y estratégica.

La terapia familiar funcional ayuda a ver la función positiva y negativa de cada conducta en la familia

Fonseca presenta la **terapia familiar funcional** (TFF) de Sexton, Alexander y Gilman (2004) entre los tratamientos familiares eficaces para el abuso de sustancias en la adolescencia. Parte del supuesto de que los comportamientos de cada miembro de la familia tienen una **función dentro del sistema familiar**. Los profesionales ayudan a identificar las **funciones positivas y negativas** de esos comportamientos, incluido el comportamiento antisocial del joven, y a desarrollar estrategias para cambiarlos. La opción 3 recoge ese supuesto. Las opciones 2 y 4 describen otras dos terapias del mismo capítulo.

1. La TFF se aplica generalmente en cinco fases: compromiso, motivación, evaluación de la relación, cambio de comportamiento y generalización. La opción omite la fase de motivación.
2. Entender los problemas de conducta como una forma de desviación del curso normal del desarrollo es propio de la terapia familiar multidimensional (TFMD), que el manual describe en el apartado anterior.
3. Reproduce el supuesto de partida de la TFF tal como lo expone el manual.
4. Incorporar principios de modificación de conducta y de terapia familiar estructural y estratégica es lo que el manual atribuye a la terapia familiar conductual (Azrin et al., 1994).

TRES TERAPIAS FAMILIARES PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

Terapia	Rasgo que la identifica
Terapia familiar multidimensional (TFMD)	Entiende los problemas de conducta como una forma de desviación del curso normal de desarrollo
Terapia familiar funcional (TFF)	Los comportamientos de cada miembro de la familia tienen una función dentro del sistema familiar; cinco fases (compromiso, motivación, evaluación de la relación, cambio de comportamiento y generalización)
Terapia familiar conductual	Incorpora principios de modificación de conducta, así como de terapia familiar estructural y estratégica

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 21, págs. 674-675 y 677

Trampa. Las opciones mezclan rasgos de tres terapias familiares del mismo capítulo (multidimensional, funcional y conductual), así que hay que saber qué frase va con cada una.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 21, págs. 674-675 y 677.

EN EL ATLAS

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

174

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia

Respuesta correcta: 1

La terapia multidimensional del duelo (Hill et al., 2019):

1. Es una intervención psicosocial que pretende reducir la pena, los síntomas de depresión y de estrés postraumático, dar sentido a la pérdida y promover el desarrollo adaptativo de los niños y adolescentes. ✓
2. Es un programa en formato grupal eficaz para reducir el estrés postraumático y los síntomas de dolor traumático.
3. Es una intervención familiar diseñada para promover la resiliencia en niños que han perdido a un progenitor, que se dirige explícitamente al trabajo con factores mediadores del proceso de duelo.
4. Es una intervención grupal que consta de actividades separadas para cuidadores y niños o adolescentes, que integra elementos psicoeducativos, narrativos y conductuales.

La terapia multidimensional del duelo es individual y busca reducir la pena y dar sentido a la pérdida

Fonseca describe la **terapia multidimensional del duelo** (MGT) como una intervención psicosocial reciente para jóvenes de 6 a 17 años que están en un proceso de duelo. Se basa en el modelo multidimensional del duelo, se aplica **de manera individual** con el joven e incluye sesiones conjuntas con el cuidador. Sus objetivos son **reducir la pena**, los síntomas de depresión y de TEPT, **dar sentido a la pérdida** y promover el desarrollo adaptativo de niños y adolescentes, que es lo que enumera la opción 1. Los otros tres enunciados describen programas distintos del mismo capítulo.

1. Coincide con los objetivos que el manual atribuye a la MGT.
2. La adaptación en formato grupal eficaz para reducir el estrés postraumático y los síntomas de dolor traumático es Magic Camp, derivada de la TCC focalizada en el trauma. El manual advierte de que esas evidencias son controvertidas.
3. Es la descripción del programa de duelo familiar (Family Bereavement Program, FBP), pensado para niños que han perdido a un progenitor.
4. La intervención grupal con actividades separadas y conjuntas para padres e hijos, que integra psicoeducación y elementos cognitivo-conductuales y narrativos, es el servicio de duelo CHUMS del Reino Unido. La MGT se aplica de manera individual.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL DUELO INFANTOJUVENIL

Programa	Formato	Qué lo distingue
Terapia multidimensional del duelo (MGT)	Individual, con sesiones conjuntas con el cuidador	Reducir la pena, los síntomas de depresión y de TEPT, dar sentido a la pérdida y promover el desarrollo adaptativo
Magic Camp	Adaptación en formato grupal de la TF-CBT	Eficaz para la reducción del estrés postraumático y los síntomas de dolor traumático
Programa de duelo familiar (FBP)	Dos programas de 12 sesiones grupales, uno para niños/adolescentes y uno para cuidadores	Promover la resiliencia en niños que han perdido a un progenitor
Servicio de duelo CHUMS	Grupal, con actividades separadas y conjuntas para padres y niños/adolescentes	Integra elementos de psicoeducación, cognitivo-conductuales y narrativos

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 23, págs. 740-742 y 744

Ojo. La opción 2 copia la frase con la que el manual presenta Magic Camp. No hay que confundirla con la terapia componencial de trauma y duelo para adolescentes (TGCTA), descrita en la misma página, que puede aplicarse en formato grupal, individual o combinado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, págs. 740-742 y 744.

EN EL ATLAS Tema C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

175

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 3

En relación con el proceso de intervención psicológica con niños y adolescentes:

1. Los objetivos de tratamiento deben seleccionarse en función de la demanda y comportamientos problemáticos identificados por los padres.
2. En términos generales, a medida que aumenta la edad del paciente, la intervención con los padres debe ser más activa.
3. Algunos de los problemas consultados tienden a desaparecer o transformarse como resultado del propio desarrollo evolutivo, por lo que no requieren tratamiento. ✓
4. Se recomienda atender preferentemente a los comportamientos no observables.

Algunos problemas infantiles desaparecen o se transforman con el propio desarrollo y no requieren tratamiento

Vallejo y Rodríguez recuerdan que la terapia infantil empieza con consultas de los padres, pero **no todos los problemas consultados ni todos los niños requieren tratamiento psicológico**. Las divergencias entre padres y terapeuta se apoyan en el **carácter evolutivo y transitorio** de algunas disfunciones, porque los niños están en continuo proceso de cambio y algunos problemas **tienden a desaparecer o se transforman** como resultado de la propia evolución. Es lo que afirma la opción 3. Por eso es el **terapeuta** quien estima la conveniencia de modificar las conductas que identifican los padres.

1. La percepción de los adultos puede estar mediatizada por sus propias disfunciones, sus valores o incluso intereses particulares. Por eso el terapeuta no puede juzgar únicamente en función de la opinión de los padres y es él quien estima la conveniencia de intervenir.
2. Ocurre lo contrario. Hasta aproximadamente los ocho años la intervención busca cambiar el comportamiento de los padres; después las actuaciones con los adultos pierden importancia, y en torno a los doce años la intervención con ellos es menos activa.
3. Reproduce la idea del manual sobre el carácter evolutivo y transitorio de algunas disfunciones infantiles.
4. Las intervenciones en la infancia se dirigen preferentemente a las conductas manifiestas, es decir, a los comportamientos observables.

> **Para fijarlo.** Con la edad, el foco pasa de los padres al niño y, en la adolescencia, también al apoyo de los compañeros.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 1, págs. 42-43, 46 y 49.

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

176 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes modelos de intervención es el más adecuado para tratar en el aula comportamientos que implican hetero-agresividad en un niño con diagnóstico de trastorno del espectro autista?:

1 Refuerzo.

2 Espera estructurada.

3 Intervención basada en familias.

4 Intervención basada en antecedentes. ✓

Ante la heteroagresividad en el aula, la intervención basada en los antecedentes modifica el entorno que la provoca

Entre los programas de intervención conductual con evidencia en el TEA, Fonseca describe la **intervención basada en los antecedentes**, que incluye la **modificación del entorno y el contexto** y tiene como finalidad modificar el comportamiento poco funcional o desadaptativo. Requiere un **análisis funcional** que descubra las variables que interfieren en la aparición de la conducta, y contempla estrategias como modificar la agenda, los materiales o la estructura, anticipar, variar la dificultad de las tareas o modificar las consecuencias. De las cuatro opciones, es la única cuya finalidad, según el manual, es modificar un comportamiento desadaptativo como la heteroagresividad.

1. El refuerzo se usa para aumentar la frecuencia de una conducta. El manual lo considera eficaz para mejorar la interacción social, la comunicación, la conducta, la atención conjunta, el juego y las habilidades académicas y adaptativas, pero no lo plantea para modificar un comportamiento desadaptativo.
2. La espera estructurada consiste en demorar las ayudas entre la instrucción del adulto y la ejecución de la conducta por parte del niño. El manual la propone para mejorar la interacción social, la comunicación, la conducta, la atención conjunta y el desarrollo cognitivo, no para frenar un comportamiento desadaptativo.
3. En la intervención basada en las familias, como los programas HANEN o ImPACT, son los progenitores quienes aplican la intervención tras un entrenamiento inicial. El enunciado sitúa el problema en el aula.
4. Modifica el entorno y el contexto a partir de un análisis funcional para cambiar un comportamiento desadaptativo.

Ojo. El manual distingue el refuerzo, que aumenta la frecuencia de una conducta, del refuerzo de conductas incompatibles, que también sirve para disminuir conductas inadecuadas. La opción 1 dice solo «Refuerzo». Además, el manual incluye la conducta entre lo que pueden mejorar el refuerzo y la espera estructurada. Lo que distingue a la intervención basada en los antecedentes es que su finalidad es modificar el comportamiento desadaptativo a partir de un análisis funcional.

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 2023 · n.º 178

177

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 1

Señale la opción FALSA sobre el proceso psicoterapéutico con niños y adolescentes:

1. En general, los padres suelen aceptar más fácilmente las intervenciones que se centran en disminuir los comportamientos negativos que aquellas que se centran en aumentar los positivos. ✓
2. El Inventario de Alianza de Trabajo no es apropiado para evaluar la alianza terapéutica en niños pequeños.
3. En general, los padres suelen aceptar más fácilmente las intervenciones que se centran en aumentar los comportamientos positivos que aquellas que se centran en disminuir los negativos.
4. Es importante evaluar las características individuales propias de los cuidadores.

Los padres aceptan mejor las intervenciones que aumentan las conductas positivas que las que reducen las negativas

La pregunta pide la opción falsa, y las opciones 1 y 3 se contradicen, así que una de ellas tiene que serlo. El capítulo de evaluación de Vallejo y Rodríguez relaciona la **aceptación del tratamiento** con la resistencia y dice que, en general, los padres aceptan más fácilmente las intervenciones que se centran en **aumentar los comportamientos positivos** que las que se centran en disminuir los negativos. La aceptación de los padres, añade, correlaciona con la mejora del niño. La opción 1 invierte ese dato. El mismo capítulo sostiene las otras dos, porque el **Working Alliance Inventory** es más apropiado para adolescentes y evaluar a un niño implica **evaluar a sus cuidadores**.

1. Invierte el dato del manual. Los padres aceptan más fácilmente las intervenciones que buscan aumentar los comportamientos positivos.
2. Es verdadera. El manual presenta la Therapeutic Alliance Scale for Children para niños y el Working Alliance Inventory como escala más apropiada para adolescentes.
3. Es verdadera y coincide con lo que dice el manual sobre la aceptación del tratamiento.
4. Es verdadera. Cuando el motivo de consulta es un problema del niño hay que evaluar también a sus padres o cuidadores, incluida su salud mental, su disciplina y su estilo educativo.

> **Trampa.** Dos opciones dicen exactamente lo contrario. En una pregunta que pide la falsa, eso reduce la elección a ese par y basta con recordar en qué sentido va el dato.

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. 2, págs. 86-87, 102 y 106-107.

EN EL ATLAS: Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 187

178

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5, el trastorno de movimientos estereotipados:

1. Comienza a partir de los dos años de edad.
2. Principalmente está formado por movimientos involuntarios, repetitivos y estereotipados con un aparente objetivo.
3. Puede incluir comportamientos autolesivos. ✓
4. Incluye la tricotilomanía.

El trastorno de movimientos estereotipados puede cursar con comportamiento autolesivo

El DSM-5-TR define el **trastorno de movimientos estereotipados** por un comportamiento motor repetitivo, **aparentemente guiado y sin objetivo**, como agitar las manos, mecer el cuerpo o golpearse la cabeza. El criterio B indica que interfiere en las actividades y **puede dar lugar a la autolesión**, y el diagnóstico se acompaña de un especificador **con o sin comportamiento autolesivo**. Por eso la opción 3 es correcta. Los criterios del DSM-5 de 2014 dicen lo mismo. El comienzo se sitúa en las primeras fases del desarrollo, y la tricotilomanía aparece en el criterio D como un trastorno que hay que descartar.

1. Los movimientos estereotipados comienzan normalmente en los primeros 3 años de vida, y en las estereotipias complejas alrededor del 80 % muestra síntomas antes de los 24 meses.
2. El criterio A habla de un comportamiento motor aparentemente guiado y sin objetivo, y el texto los describe como movimientos sin función adaptativa obvia. La opción dice lo contrario.
3. El criterio B recoge que puede dar lugar a la autolesión, y existe el especificador con comportamiento autolesivo.
4. La tricotilomanía pertenece al trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. El criterio D exige que el comportamiento no se explique mejor por ella.

Para fijarlo. La estereotipia parece tener un guion, pero no persigue ningún fin.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de movimientos estereotipados, págs. 89-90. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de movimientos estereotipados, págs. 77-78.

EN EL ATLAS Tema B31 · Trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 55

179

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Revisar

Respuesta correcta: 4

La terapia de claves traumáticas es:

1. La adaptación a niños y adolescentes de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.
2. Un abordaje psicodinámico del tratamiento del trauma en niños y adolescentes.
3. Una terapia cognitivo conductual diseñada para el tratamiento de los traumas tipo 1.
4. Una intervención que incluye la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición a estímulos clave. ✓

La terapia de claves traumáticas combina psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición a estímulos clave

La **terapia de claves traumáticas** de Carrión no aparece en el corpus del Atlas, así que el razonamiento se apoya en el manual del propio autor (Carrión, 2016). Según esa obra, se diseñó para niños y adolescentes que han sobrevivido a situaciones traumáticas y que pueden seguir expuestos a ellas, es decir, para **traumas repetidos o continuados**. Es un **híbrido de técnicas validadas empíricamente**: TCC, exposición emocional y a **estímulos clave**, relajación y afrontamiento, arte, juego y movimiento, **reestructuración cognitiva**, **psicoeducación** y alianza terapéutica. La opción 4 enumera tres de esos componentes.

1. Según la fuente consultada, la terapia de claves traumáticas es un híbrido de varias modalidades y no una adaptación del EMDR a la infancia.
2. No se define como un abordaje psicodinámico. Sus componentes descritos son cognitivo-conductuales, de exposición, de relajación y expresivos.
3. Se dirige a menores que han vivido traumas y pueden seguir expuestos a ellos durante el tratamiento, lo que encaja con el trauma repetido y no con el trauma puntual de tipo I.
4. La psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición a estímulos clave forman parte de sus componentes.

Ojo. El manual de la terapia (Carrión, 2016) no está en el corpus y ningún manual del Atlas la describe. Los datos de las opciones no se han podido comprobar en una página impresa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

No está en el corpus del Atlas. Fuente: Carrión, V. G. (2016). Terapia de claves traumáticas. Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas postraumáticos. Gedisa.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores.

180 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Es posible diagnosticar un trastorno de la personalidad en la infancia y la adolescencia:

1. Sí, es posible diagnosticar un trastorno de la personalidad en preadolescentes, pero no en niños.
2. No, no es posible diagnosticar un trastorno de la personalidad antes de los 16 años.
3. Sí, es posible diagnosticar un trastorno de la personalidad en la infancia y la adolescencia sólo en casos excepcionales de extrema gravedad.
4. Sí, es posible en caso de que los rasgos desadaptativos sean generalizados, consistentes y presenten una duración de un año. ✓

En menores de 18 años el trastorno de la personalidad exige rasgos generalizados y persistentes durante al menos un año

El DSM-5-TR explica que las categorías de trastorno de la personalidad **se pueden aplicar a niños o adolescentes** en los casos excepcionales en que los rasgos desadaptativos parezcan **generalizados y persistentes** y sea poco probable que estén limitados a una etapa del desarrollo o se deban a otro trastorno mental. Para diagnosticarlo en un menor de 18 años, los rasgos deben llevar presentes **al menos 1 año**. La única excepción es el **trastorno de la personalidad antisocial**, que no se puede diagnosticar antes de los 18 años. La opción 4 recoge esas condiciones.

1. El manual habla de niños o adolescentes sin excluir a los niños.
2. No hay un límite de 16 años. El único límite de edad es el de 18 años para el trastorno de la personalidad antisocial.
3. El manual habla de casos excepcionales, pero los define por rasgos generalizados y persistentes, no por la gravedad extrema.
4. Coincide con las condiciones del manual, rasgos generalizados y persistentes durante al menos un año.

Para fijarlo. Antes de los 18, un año de rasgos estables; para el antisocial, ni con un año.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno general de la personalidad, desarrollo y curso, págs. 735-736.

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

181

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es una de las adaptaciones de la terapia dialéctico conductual para su aplicación a población adolescente?:

1. La no inclusión de habilidades de atención plena.
2. El entrenamiento específico en manejo de crisis de pánico.
3. La inclusión de un quinto módulo de habilidades denominado “Caminando por el sendero del medio”. ✓
4. La exposición de la teoría biosocial a toda la familia.

La versión adolescente de la terapia dialéctico-conductual añade el módulo «camino del medio»

Díaz-Garrido y colaboradores describen el grupo de habilidades de la **terapia dialéctico-conductual** con los cuatro módulos originales de Linehan: conciencia plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y habilidades interpersonales. En su aplicación en adolescentes se añadió un **nuevo módulo, el camino del medio**, orientado a resolver los **dilemas dialécticos** en la relación con la familia (Rathus y Miller, 2014). Al formato también se le sumaron un **grupo de familiares**, que enseña las habilidades a la familia, y un grupo de veteranos. La opción 3 nombra ese quinto módulo con la traducción «sendero del medio».

1. La conciencia plena se mantiene. Es uno de los módulos originales, y cada sesión de grupo empieza con un ejercicio de conciencia plena.
2. El manual no menciona el manejo de crisis de pánico entre las adaptaciones para adolescentes. Las habilidades de supervivencia a las crisis forman parte de la tolerancia al malestar y ya estaban en el modelo original.
3. El módulo añadido para adolescentes es el camino del medio, que aborda los dilemas dialécticos con la familia.
4. Las adaptaciones que recoge el manual son el módulo del camino del medio, el grupo de familiares orientado a enseñarles las habilidades y el grupo de veteranos. Exponer la teoría biosocial a la familia no figura entre ellas.

Ojo. El manual de Rathus y Miller (2022) que tradujo el módulo como «Caminando por el sendero del medio» no está en el corpus. En Díaz-Garrido, el capítulo de intervención grupal habla de un nuevo módulo, el camino del medio (pág. 403), mientras que el capítulo de la terapia dialéctico-conductual (cap. 9, pág. 192) dice que, a partir de su aplicación en adolescentes (Miller et al., 2007), se añadió al módulo de efectividad interpersonal «el camino del medio». La opción 3 sigue la primera lectura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 21 (Ruiz Parra y Rodríguez-Otero), págs. 402-403; cap. 9, pág. 192.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Díaz-Garrido no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 194, PIR 2022 · n.º 145, PIR 2025 · n.º 191

182

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 1

La adaptación de la terapia dialéctico conductual de Linehan a población adolescente fue desarrollada por:

1 Alec L. Miller y Jill H. Rathus. ✓

2 Pamela A. Foelsch.

3 Patrick McGorry.

4 Sune Bo.

Miller y Rathus adaptaron la terapia dialéctico-conductual a los adolescentes

Fonseca, en el capítulo sobre conducta suicida en la infancia y la adolescencia, recuerda que Marsha Linehan desarrolló la **terapia dialéctico-conductual** en 1993 para adultos con trastorno de la personalidad límite. Por su eficacia en adultos con ideación y tentativas suicidas, se adaptó al tratamiento de la conducta suicida en adolescentes como **DBT-A** (**Miller, Rathus y Linehan, 2007**). Hoy es la terapia con el **máximo nivel de evidencia** y grado de recomendación para reducir las conductas autolíticas en adolescentes. El manual de Díaz-Garrido atribuye también a **Rathus y Miller** el módulo añadido para adolescentes.

1 Son los autores de la adaptación, Miller y Rathus, con Linehan como coautora de la obra de 2007.

2 Pamela Foelsch aparece en el corpus a propósito de la crisis de identidad adolescente y, con Kernberg, de la adaptación para adolescentes de la psicoterapia centrada en la transferencia.

3 Patrick McGorry se cita en el corpus en relación con la intervención temprana en psicosis y los estados mentales de alto riesgo.

4 Sune Bo no aparece en los manuales del corpus del Atlas ligado a la terapia dialéctico-conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, pág. 588. 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. 21, pág. 403. 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. 45, pág. 305; cap. 49, tabla 49.3, pág. 332.

EN EL ATLAS

Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 194, PIR 2022 · n.º 145, PIR 2023 · n.º 97, PIR 2023 · n.º 180, PIR 2025 · n.º 191

183

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Señale la respuesta FALSA en relación con los tratamientos psicológicos para la ansiedad en población infanto-juvenil:

1. Las terapias online basadas en terapia cognitivo-conductual han demostrado una eficacia similar a los tratamientos presenciales.
2. Los menores con ansiedad social pueden obtener mayor beneficio de las intervenciones individuales frente a las grupales. ✓
3. Hay pocos estudios con rigor metodológico para tratar el mutismo selectivo.
4. Para la primera infancia se recomiendan los tratamientos de terapia familiar basados en terapia cognitivo-conductual.

En la ansiedad social de niños y adolescentes, el formato grupal rinde algo más que el individual

La pregunta pide la falsa. El capítulo de Fonseca sobre ansiedad infantojuvenil cierra con unas **recomendaciones y conclusiones**, y tres de las opciones las copian. La restante les da la vuelta. Según el manual, los menores con **ansiedad social** pueden obtener mayor beneficio de las **intervenciones grupales** frente a las individuales, porque el grupo les da ocasión de exponerse regularmente a situaciones sociales y practicar habilidades con sus compañeros. El metaanálisis que cita encontró un tamaño del efecto ligeramente superior en el formato grupal. La opción 2 invierte esa conclusión y es la falsa.

1. Es verdadera. Las terapias online basadas en TCC han mostrado una eficacia similar a los tratamientos presenciales, y el metaanálisis que se cita las considera bien establecidas entre los 7 y los 16 años.
2. Es falsa. El manual concluye lo contrario, que el formato grupal beneficia más a los menores con ansiedad social.
3. Es verdadera. La literatura sobre mutismo selectivo es escasa en cantidad y calidad, y solo dos equipos lo han evaluado con ensayos aleatorizados frente a lista de espera.
4. Es verdadera. En la primera infancia el tratamiento bien establecido es la terapia familiar basada en la TCC.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, págs. 479-483.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 183

184 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 4

¿Qué componentes debe incluir la terapia de inversión del hábito para los tics en la infancia y la adolescencia?:

1 Autorregistros, entrenamiento en respuesta competitiva y práctica lúdica.

2 Entrenamiento en respuesta competitiva, instigación y refuerzo positivo.

3 Entrenamiento en respuesta competitiva, práctica lúdica y refuerzo positivo.

4 Entrenamiento en conciencia, entrenamiento en respuesta competitiva y apoyo social. ✓

La inversión del hábito para los tics une conciencia, respuesta competitiva y apoyo social

Fonseca presenta la **terapia de inversión del hábito** (TIH), ideada por Azrin y Nunn (1973), como la terapia de manejo de tics más estudiada y validada en niños y jóvenes. Aunque los tratamientos pueden variar ligeramente, incluye **tres componentes**. El **entrenamiento de conciencia** enseña a detectar el hábito, el entorno y las sensaciones que lo preceden. El **entrenamiento de respuesta competitiva** introduce una conducta incompatible y discreta que se mantiene un minuto. El **apoyo social** ofrece recordatorios y refuerzo por practicar. Es la combinación de la opción 4.

1 Incluye la respuesta competitiva, pero los autorregistros y la práctica lúdica no figuran entre los tres componentes, y falta el entrenamiento de conciencia.

2 Mantiene la respuesta competitiva, pero deja fuera el entrenamiento de conciencia. El refuerzo forma parte del apoyo social y no es un componente aparte.

3 La práctica lúdica no figura entre los componentes y falta el entrenamiento de conciencia.

4 Son los tres componentes que enumera el manual.

Para fijarlo. Primero darse cuenta, después hacer algo incompatible y, al final, que alguien lo recuerde y lo premie.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, págs. 244 y 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 2015 · n.º 83, PIR 2015 · n.º 93, PIR 2015 · n.º 116, PIR 2016 · n.º 196, PIR 2019 · n.º 73, PIR 2020 · n.º 40, PIR 2023 · n.º 179

185 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes intervenciones tiene como elemento terapéutico fundamental el modelado en vídeo?:

1 Terapia Morita.

2 Los años increíbles, “The Incredible Years”. ✓

3 Cool Little Kids.

4 Terapia de interacción padres-hijos, PCIT.

Los años increíbles se apoyan en el modelado en vídeo, tanto con los niños como con los padres

En el capítulo sobre el trastorno de conducta, Fonseca describe el programa **Los años increíbles** (The Incredible Years) de Webster-Stratton, con versiones para profesores, niños y padres. El programa para niños trabaja la atención, la regulación emocional, la agresividad y las habilidades sociales en niños de 3 a 8 años **mediante el modelado por vídeo**. La versión para padres incluye los programas Básico, Avanzado y Colegio, y el Básico **se fundamenta en el modelado por vídeo**, con más de 300 escenas de 1 a 3 minutos. Ninguna de las otras tres intervenciones se describe con ese recurso.

1 Los capítulos que tratan estas intervenciones no relacionan la terapia Morita con el modelado en vídeo.

2 El modelado por vídeo es el recurso central tanto del programa para niños como del programa Básico para padres.

3 Cool Little Kids es un programa grupal de 6 sesiones para menores de 3 a 6 años con temperamento inhibido, con enfoque cognitivo-conductual dirigido a ayudar a los padres a entender la ansiedad de sus hijos.

4 En la PCIT los padres llevan un audífono por el que reciben instrucciones del terapeuta, que los observa tras el espejo mientras juegan con su hijo. Es entrenamiento en directo, no modelado en vídeo.

Para fijarlo. Los años increíbles se aprenden viendo escenas: más de 300 vídeos cortos para padres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, pág. 323; cap. 15, págs. 447 y 456.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 148, PIR 2024 · n.º 189, PIR 2025 · n.º 185

186

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 2

El modelo funcional de autolesiones de Nock y Prinstein (2004):

1. Propone diferentes intervenciones según el nivel de alteración del funcionamiento.
2. Incluye cuatro grandes grupos de funciones de las autolesiones. ✓
3. Se centra en el análisis del riesgo de la conducta autolesiva.
4. Entiende la conducta autolesiva como una forma de afrontar la disociación.

El modelo de Nock y Prinstein cruza dos dimensiones y obtiene cuatro funciones de la autolesión

Izquierdo y colaboradores presentan el **modelo funcional de autolesiones** de Nock y Prinstein (2004), que enfatiza la **función o motivación** de la conducta. Los autores proponen dos dimensiones, **social/automática** (o interna) y **positiva/negativa**, cuya combinación da **cuatro grandes grupos de funciones**: automática-negativa, para reducir un malestar emocional, que es el motivo más frecuente; automática-positiva, para generar emociones ante el vacío o la disociación o para autocastigarse; social-negativa, para evitar una demanda interpersonal; y social-positiva, para provocar una reacción en otra persona o comunicar algo que no se puede decir con palabras.

1. El modelo clasifica funciones de la conducta. No propone intervenciones distintas según el nivel de alteración del funcionamiento.
2. Combina dos dimensiones y obtiene cuatro grandes grupos de funciones.
3. El modelo se centra en la función o motivación de la conducta, no en el análisis del riesgo.
4. Generar emociones ante la disociación es solo uno de los ejemplos de la función automática-positiva. El motivo más frecuente es reducir un malestar emocional.

FUNCIONES DE LA AUTOLESIÓN SEGÚN NOCK Y PRINSTEIN (2004)

Función	Qué busca el adolescente
Automática-negativa	Reducir un malestar emocional (p. ej., tristeza, ansiedad); es el motivo más frecuente
Automática-positiva	Generar emociones (p. ej., ante la sensación de vacío, disociación) o producir un autocastigo
Social-negativa	Evitar una demanda interpersonal que no se ve capaz de afrontar
Social-positiva	Una reacción de otra persona o comunicar algo que no puede hacer con palabras

Fuente: Izquierdo, Cuéllar y Padilla (2021), cap. 44, pág. 300

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. 44, págs. 299-300.

EN EL ATLAS: Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Izquierdo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 99

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

¿Qué tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y la adolescencia incluye entre sus fases establecer una independencia saludable?:

1. Terapia cognitivo conductual mejorada.
2. Terapia sistémica estratégica.
3. Terapia basada en la familia. ✓
4. Terapia interpersonal.

La tercera fase de la terapia basada en la familia consiste en establecer una independencia saludable

Para niñas y adolescentes con anorexia y bulimia, Fonseca recoge la **terapia basada en la familia** (FBT), desarrollada en el Maudsley Hospital de Londres por el equipo de Eisler. Parte de que la adolescente está incrustada en la familia y de que los padres deben ser **agentes de cambio**, y externaliza la enfermedad para que no culpen a su hija. Dura de 6 a 12 meses y se estructura en tres fases (tabla 13.1): **completo control de los padres**, **retorno gradual del control al adolescente** y **establecer una independencia saludable**, orientada a la construcción de la identidad adolescente.

1. La TCC mejorada de Fairburn se organiza en fases con otros objetivos, la primera de ellas lograr que la paciente se comprometa con la terapia.
2. El capítulo no describe una terapia sistémica estratégica con esas fases. La terapia familiar que recoge es la FBT.
3. Establecer una independencia saludable es la tercera fase de la FBT.
4. La terapia interpersonal parte del supuesto de que las personas con bulimia tienen problemas interpersonales que generan malestar y desencadenan los atracones. No se organiza en esas fases.

TABLA 13.1 (EXTRACTO). FASES DE LA TERAPIA BASADA EN LA FAMILIA

Fase	Contenido
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
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

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 13, tabla 13.1, pág. 380

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, tabla 13.1, pág. 380, y págs. 383 y 388.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 138, PIR 2023 · n.º 168, PIR 2023 · n.º 175

188

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 2

En el ámbito del tratamiento de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia:

1. Aproximadamente el 60% de los jóvenes con problemas de salud mental no tienen acceso a psicoterapia.
2. En muchos trastornos mentales se impone la elección psicofarmacológica, conduciendo a la medicalización del problema y a los ampliamente conocidos efectos adversos. ✓
3. Suele priorizarse la psicoterapia sobre la psicofarmacología por la ausencia de efectos adversos.
4. Se estima que aproximadamente un 25% de los niños y adolescentes presentan trastornos mentales susceptibles de mejorar con psicoterapia.

En muchos trastornos infantojuveniles se sigue imponiendo el fármaco, con medicalización y efectos adversos

Fonseca recuerda que la **psicoterapia es el tratamiento de elección** para muchos problemas psicológicos infantojuveniles, pero señala tres cuestiones llamativas. En muchos trastornos se sigue **imponiendo la elección psicofarmacológica**, con la consiguiente **medicalización** del problema, los **efectos adversos** ampliamente conocidos y una menor responsabilidad para afrontarlo. Además, alrededor del **80 %** de los jóvenes con problemas de salud mental no recibe servicios ni tiene acceso a psicoterapia, y los tratamientos infantiles han recibido menos atención que los de adultos. La opción 2 reproduce la primera de esas cuestiones.

1. El manual da una cifra mayor, en torno al 80 % de los jóvenes con problemas de salud mental sin acceso a psicoterapia.
2. Coincide con la primera de las tres cuestiones que plantea el manual.
3. Aunque el manual presenta la psicoterapia como tratamiento de elección, señala que en muchos trastornos se sigue imponiendo el fármaco, y no justifica ninguna preferencia por una ausencia de efectos adversos.
4. Se estima que aproximadamente un 15 % de los niños y adolescentes presenta problemas psicológicos.

> **Para fijarlo.** Las cifras del capítulo: 15 % con problemas psicológicos y 80 % de ellos sin acceso a psicoterapia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 1, págs. 44-45.

EN EL ATLAS

Tema C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

189

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 4

En relación con el tratamiento “The Incredible Years”:

1 Es un tratamiento focalizado en el niño y el adolescente con trastorno desafianteoposicionista.

2 Es un protocolo que se aplica de la misma forma con independencia de la edad del niño.

3 Entre sus objetivos se encuentra mejorar el rendimiento escolar.

4 Es un tratamiento dirigido a padres de niños con trastorno desafiante-oposicionista. ✓

Los años increíbles son un tratamiento para padres de niños con negativismo desafiante

Fonseca explica que el **tratamiento dirigido a los padres** es el que ha mostrado mayor eficacia en el trastorno negativista desafiante y es la **primera elección terapéutica**. Dentro de él, **The Incredible Years** es el que acumula **mayor cantidad de evidencia empírica**. Ofrece **protocolos adaptados según la edad del niño**, dirigidos a padres, profesores o niños, pero el programa de padres es la intervención básica. Sus objetivos, recogidos en la tabla 10.1, giran en torno a la crianza positiva, la disciplina y la colaboración entre familia y escuela.

1. El manual lo sitúa entre los tratamientos dirigidos a los padres. El programa individual centrado en el niño con negativismo desafiante y agresividad hacia iguales es el THAV.
2. Ofrece protocolos adaptados según la edad del niño.
3. La tabla 10.1 incluye enseñar a los padres a entrenar la motivación académica y aumentar su participación en actividades escolares en el hogar, pero no recoge la mejora del rendimiento escolar como objetivo.
4. Es un tratamiento para padres y el que más evidencia acumula en este trastorno.

Ojo. La opción 3 es la más discutible, porque varios objetivos de la tabla 10.1 tienen que ver con la escuela (motivación académica, implicación de los padres en el colegio). La respuesta oficial la descarta porque el rendimiento escolar como tal no figura entre ellos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, págs. 292-294 y tabla 10.1.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 190, PIR 2022 · n.º 148, PIR 2023 · n.º 173, PIR 2024 · n.º 169, PIR 2024 · n.º 185, PIR 2025 · n.º 185

190

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Una niña de 8 años recibe el diagnóstico de depresión moderada en su Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. ¿Según la guía NICE (2019) cuál sería la mejor forma de proceder?:

1. Debería iniciarse tratamiento psicofarmacológico.
2. Debería iniciarse terapia cognitivo-conductual y si ésta no funciona en 4-6 sesiones suspenderse e iniciar tratamiento psicofarmacológico en monoterapia.
3. Debería iniciarse terapia cognitivo-conductual en combinación con psicofármacos.
4. Debería iniciarse terapia interpersonal basada en la familia. ✓

Entre los 5 y los 11 años, la NICE propone para la depresión moderada-grave opciones psicoterapéuticas como la IPT familiar

Fonseca resume en la tabla 16.4 las directrices de la **guía NICE (2019)** para la depresión moderada-grave entre los 5 y los 18 años. Para los menores de **5 a 11 años** recomienda considerar opciones **psicoterapéuticas** adaptadas al desarrollo: **IPT familiar**, terapia familiar, psicoterapia de orientación psicodinámica y TCC individual. Entre los 12 y los 18 años, TCC individual durante al menos 3 meses. La niña del caso tiene 8 años, así que la terapia interpersonal basada en la familia encaja en las opciones recomendadas. La tabla no propone fármacos en ninguna de las franjas.

1. La tabla de recomendaciones solo contempla opciones psicoterapéuticas para esta edad.
2. La TCC individual es una de las opciones entre los 5 y los 11 años, pero la tabla no fija un plazo de 4 a 6 sesiones ni propone pasar a un fármaco en monoterapia.
3. La tabla no recomienda combinar la TCC con psicofármacos en esta franja de edad.
4. La IPT familiar es la primera de las opciones que la guía recoge para los 5 a 11 años.

TABLA 16.4 (EXTRACTO). RECOMENDACIONES NICE (2019) EN LA DEPRESIÓN MODERADA-GRAVE

Edad	Opciones recomendadas
5-11 años	IPT familiar; terapia familiar; 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	IPT-A; terapia familiar; intervención psicosocial breve; psicoterapia de orientación psicodinámica

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Infancia y adolescencia, cap. 16, tabla 16.4, pág. 514

Ojo. El mismo capítulo recoge el estudio TADS (pág. 506), que comparó en adolescentes con depresión la TCC, la fluoxetina y su combinación. Eso puede hacer tentadora la opción 3, pero el caso es el de una niña de 8 años y la tabla de la NICE solo recoge opciones psicoterapéuticas para los 5 a 11 años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, tabla 16.4, pág. 514.

EN EL ATLAS Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 214, PIR 2023 · n.º 190, PIR 2025 · n.º 178

191

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia

Respuesta correcta: 4

Una mujer consulta sobre cómo gestionar con sus hijos de 5 y 10 años los últimos días de vida y próximo fallecimiento del padre de los niños que padece un cáncer terminal. ¿Cuál de las siguientes ideas es recomendable transmitir?:

1. Se recomienda apartar a los niños de la realidad actual y no contarles nada sobre el trágico desenlace que está por venir para protegerlos.
2. Los niños pueden y deben percibir que los adultos están tristes, incluso cuando esa emoción les desborda.
3. El niño de 5 años no entiende el concepto de muerte por lo que se aconseja decirle, después del fallecimiento, que su padre "está durmiendo para siempre".
4. Después del fallecimiento, se recomienda que los niños vuelvan al colegio cuanto antes. ✓

Tras la muerte de un progenitor conviene que el niño recupere cuanto antes su vida cotidiana

Fonseca da pautas para **comunicar la pérdida** a niños y adolescentes. Debe hacerlo una persona emocionalmente próxima que **no se sienta desbordada**, porque las emociones muy intensas pueden asustar al niño, y **lo antes posible**, sobre todo si quien fallece es un progenitor. Con niños pequeños no vale la pena insistir al principio en la universalidad o la irreversibilidad de la muerte, pero si preguntan **se les debe contestar la verdad**. En un caso clínico de Orgilés y colaboradores, una niña cuyo padre murió tiene entre los antecedentes de su problema que no le dijeran la verdad, que la confundieran mezclando sueños con realidad y **no haber podido recuperar sus rutinas**, como ir a su colegio.

1. El manual recomienda comunicar la pérdida lo antes posible, antes de que el niño se entere por otra persona, y que participe según su edad en el proceso de despedida.
2. La persona que lo comunica no debe sentirse desbordada emocionalmente, para evitar al niño situaciones emocionales intensas que pueden asustarle.
3. Los menores de 6 años no suelen entender la universalidad ni la irreversibilidad de la muerte, pero si preguntan se les debe contestar la verdad. El caso de Orgilés y colaboradores cuenta entre los antecedentes del problema que confundieran a la niña mezclando sueños con realidad.
4. Volver al colegio es recuperar la rutina diaria. El caso de Orgilés y colaboradores lo recoge como algo que le faltó a la niña, y Fonseca cuenta entre los signos de duelo complicado en la adolescencia la incapacidad para retomar las rutinas habituales.

> **Ojo.** Ningún manual dice con esas palabras que haya que volver al colegio cuanto antes; la clave se apoya en el caso clínico de Orgilés y colaboradores y en la tabla 23.3 de Fonseca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, págs. 733-735, 737 (tabla 23.3) y 746-747. Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 6.4.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C33 · Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 182, PIR 2025 · n.º 205

192

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Con respecto a la evaluación de las fobias infantiles, señale la FALSA:

1. A partir de los cinco años se centra la evaluación en el niño. ✓
2. Hay que tener en cuenta que los adultos tienden a subestimar la gravedad de las fobias infantiles.
3. Es relevante tener información sobre la reacción de los padres delante de la fobia.
4. Es importante conocer el repertorio de conductas de afrontamiento ante las situaciones temidas.

La evaluación de las fobias infantiles se centra en el niño a partir de los nueve años, no de los cinco

La pregunta pide la falsa. El capítulo de Méndez, Orgilés y Espada en la 3.ª edición del manual de Comeche y Vallejo dice que la evaluación de las fobias específicas debe ser **multimétodo, multifuente y multifase**, y que **a partir de los nueve años** se centra en el niño. Da tres razones: el niño aporta datos sobre su experiencia subjetiva, ya tiene habilidades como la lectoescritura y la autoobservación, y **los adultos tienden a subestimar la gravedad** de las fobias infantiles. Aun así, padres, hermanos y maestros deben aportar información, y en la entrevista se pregunta por la **reacción de los padres** y por cómo afronta el niño las situaciones temidas.

1. Es falsa. La evaluación se centra en el niño a partir de los nueve años, y el papel de los padres es especialmente relevante con niños menores de esa edad.
2. Es verdadera. Es una de las razones que da el manual para centrar la evaluación en el niño.
3. Es verdadera. La entrevista explora cómo responden los padres y otras personas a la respuesta fóbica y qué ventajas obtiene el niño.
4. Es verdadera. La entrevista explora los repertorios conductuales del niño, cómo afronta las situaciones temidas, si sabe relajarse o si se repite frases tranquilizadoras.

Ojo. Este apartado está en la 3.ª edición del manual (2016), que el corpus guarda como edición anterior. La 4.ª edición (Vallejo y Rodríguez, 2022) sustituye el capítulo por uno de trastornos de ansiedad que mantiene la evaluación multimétodo y multifuente (cap. 3, pág. 126), pero no la edad de nueve años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 3 (Méndez Carrillo, Orgilés y Espada), págs. 116-117. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 126.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad.

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 169

193

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:

1. Es una categoría con validez y utilidad clínica probada.
2. Se añadió en el DSM-5 para evitar el sobrediagnóstico de TDAH en niños.
3. Es difícil de distinguir de problemas como la conducta desafiante. ✓
4. Se caracteriza por la tristeza y la impulsividad.

La desregulación disruptiva del estado de ánimo es difícil de distinguir de la conducta desafiante

Belloch trata con mucha cautela el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**, una categoría nueva que **no tiene validez ni utilidad clínica probadas**. Se aplica entre los 6 y los 18 años a accesos de **cólera verbal o conductas agresivas** desproporcionados, al menos tres veces por semana, con **irritabilidad persistente** entre ellos. Se incluyó entre los trastornos depresivos porque antes algunos de estos casos se clasificaban como bipolares. El capítulo concluye que son casos de baja prevalencia, en los que la depresión no tiene que aparecer necesariamente, y **difíciles de distinguir de la conducta desafiante**.

1. El manual dice lo contrario. Es una categoría nueva que tampoco tiene validez ni utilidad clínica probadas.
2. El problema que se quería resolver era el sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno bipolar en niños, no el del TDAH.
3. Es la conclusión del capítulo, que lo considera difícil de distinguir de problemas como la conducta desafiante.
4. Se caracteriza por accesos de cólera y conductas agresivas con irritabilidad persistente. El manual subraya que se aleja de los criterios de tristeza y anhedonia que caracterizan la depresión.

Para fijarlo. Nació para frenar el bipolar infantil, pero se confunde con el negativismo desafiante.

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. 213.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 189

194

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 1

En relación con los trastornos de la eliminación:

1. En la valoración debemos estar atentos a las señales de posible abuso o maltrato infantil. ✓
2. En la encopresis, si hay estreñimiento, suele ser suficiente con la intervención médica para el 60% de los casos.
3. El tratamiento psicológico para niños con enuresis con un trastorno del neurodesarrollo comórbido cuenta con el mismo grado de evidencia que para la enuresis sin dicha comorbilidad.
4. Existen pocos tratamientos empíricamente validados para la enuresis nocturna.

En la evaluación de la enuresis y la encopresis hay que vigilar las señales de abuso o maltrato

En los trastornos de la excreción, Fonseca pide una evaluación **somática y psicológica** y subraya la importancia de ciertas **señales sugestivas de un posible abuso** del menor, que deben explorarse con la máxima cautela (figura 12.2). Son que los padres atribuyan **intencionalidad** al niño, que los episodios diurnos persistan pese a una intervención adecuada sin explicación médica ni otro estresor, y que **castiguen al niño** aunque sepan que el síntoma es involuntario. Es lo que recoge la opción 1. Los otros datos del capítulo desmienten las opciones 2, 3 y 4.

1. Es la recomendación del manual para la evaluación de estos trastornos.
2. La intervención médica en solitario tiene una tasa de remisión del 40 % en la encopresis con estreñimiento, por lo que el manual pide estudiar otras intervenciones, solas o combinadas con el tratamiento médico. Añadir terapia conductual a los laxantes mejora la encopresis retentiva (nivel B).
3. En la población con trastornos del neurodesarrollo los programas conductuales complejos solo han mostrado resultados prometedores (nivel C), mientras que el método de alarma para la enuresis nocturna alcanza el nivel A.
4. Para la enuresis nocturna el método de alarma, solo o combinado con fármacos, se considera un tratamiento empíricamente validado y de primera elección. La escasez de evidencia afecta a la encopresis y a la enuresis diurna y mixta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 359-360 y 365-367.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 215, PIR 2018 · n.º 220, PIR 2021 · n.º 78

195

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C30 · Tratamientos de los trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 3

La “Parent-Infant Psychoterapy” (PIP):

1. Es una intervención cuyo objetivo es disminuir las alteraciones de conducta en los niños.
2. Es una intervención que se recomienda para cualquier edad del niño.
3. Ayuda a la madre a reconocer las influencias de su propia vinculación con sus progenitores para relacionarlas con el ejercicio presente de su rol materno. ✓
4. Es una intervención de orientación cognitivoconductual.

La PIP ayuda a la madre a ver cómo su propio vínculo con sus padres influye en su maternidad

Fonseca describe la **Parent-Infant Psychotherapy** (PIP) como una intervención psicológica cuyo objeto es la **díada madre-lactante** y que concede una importancia central a las experiencias de los progenitores con sus propias figuras de apego. Busca mejorar la relación de la díada y optimizar el desarrollo del bebé. Es de **orientación dinámica** y de abordaje temprano, y suele dirigirse a **bebés menores de 2 años**. El terapeuta ayuda a la madre a **reconocer las influencias de su propia vinculación** con sus progenitores para relacionarlas con su rol materno actual, que es lo que dice la opción 3.

1. Su objeto es la díada madre-lactante y sus fines son mejorar esa relación y optimizar el desarrollo del bebé. Se ocupa de problemas como el llanto excesivo, el sueño o la alimentación, no de alteraciones de conducta.
2. Suele dirigirse a bebés menores de 2 años en el momento de la derivación, por la importancia de los dos primeros años de vida.
3. Reproduce el papel que el manual atribuye al terapeuta en la PIP.
4. Es una intervención de orientación dinámica.

Para fijarlo. En la PIP hay tres en la consulta: la madre, el bebé y los padres de la madre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, pág. 562.

EN EL ATLAS: Tema C30 · Tratamientos de los trastornos del vínculo. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 166

196

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A2 · Conceptos y modelos

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5, ¿cuál de los siguientes trastornos mentales requiere del criterio alguedónico para su diagnóstico?:

1 Pica. ✓

2 Trastorno del desarrollo intelectual.

3 Trastorno negativista desafiante.

4 Trastorno de la Tourette.

El criterio alguedónico mide la anormalidad por el sufrimiento, propio o ajeno

Belloch define el **criterio alguedónico**, propuesto por Schneider (1959), como una variante de los criterios subjetivos que toma el **sufrimiento personal, propio o ajeno**, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología. Para resolver la pregunta hay que buscar en los criterios del DSM-5 cuál de los cuatro trastornos exige ese malestar. El de **trastorno negativista desafiante** lo exige en su criterio B, que pide que el trastorno vaya **asociado a un malestar en el individuo o en otras personas** de su entorno o tenga un impacto negativo en su funcionamiento. Los criterios de la **pica** no mencionan malestar. La respuesta oficial, pese a ello, es la opción 1.

1. Es la respuesta oficial. Sin embargo, los criterios de la pica exigen la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante al menos un mes, impropia del desarrollo y no aceptada culturalmente, y no incluyen ningún requisito de malestar.
2. Los criterios del trastorno del desarrollo intelectual se basan en déficits del funcionamiento intelectual y adaptativo, no en el sufrimiento.
3. Su criterio B exige malestar en el individuo o en otras personas de su entorno, que es el sufrimiento propio o ajeno del criterio alguedónico. Según los textos del corpus, sería la opción mejor fundamentada.
4. Los criterios del trastorno de la Tourette se basan en los tics y su duración, no en el malestar.

Ojo. La respuesta oficial es la 1, pero los textos del corpus apoyan la 3. El criterio B del trastorno negativista desafiante exige malestar en el individuo o en otras personas (DSM-5, pág. 462; DSM-5-TR, pág. 522), mientras que los criterios de la pica no lo mencionan (DSM-5, pág. 329; DSM-5-TR, pág. 371). Tampoco lo exigen los del trastorno del desarrollo intelectual (DSM-5-TR, pág. 37) ni los del trastorno de la Tourette (DSM-5-TR, pág. 93). La justificación de la opción 1 no se ha podido encontrar en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 40. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 329 y 462. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 37, 93, 371 y 522.

EN EL ATLAS

Tema A2 · Conceptos y modelos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 12, PIR 2022 · n.º 60

197 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 4

En el trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia:

1. Los síntomas de reexperimentación no son tan habituales como en los adultos.
2. Las manifestaciones conductuales y los comportamientos regresivos son habituales, sobre todo en los adolescentes.
3. Los sueños angustiosos siempre tienen que estar relacionados con la situación traumática.
4. En los niños mayores de 6 años se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas relacionados con el trauma. ✓

En los niños mayores de 6 años el TEPT puede expresarse con juegos repetitivos sobre el trauma

El DSM-5-TR añade notas para los niños en los síntomas de intrusión del **trastorno de estrés postraumático**. En el criterio B1 indica que, en los **niños mayores de 6 años**, se pueden producir **juegos repetitivos** en los que se expresen temas o aspectos del suceso traumático, que es lo que dice la opción 4. En el B2 añade que en los niños pueden existir **sueños aterradores sin contenido reconocible**. El texto explica que la expresión clínica de la reexperimentación varía con el desarrollo, y entre las características asociadas menciona una **regresión en el desarrollo**, como la pérdida del lenguaje en los niños pequeños.

1. El manual no dice que la reexperimentación sea menos habitual en los niños. Dice que su expresión clínica varía con el desarrollo, por ejemplo a través del juego.
2. La regresión en el desarrollo, como la pérdida del lenguaje, se describe en los niños pequeños, no en los adolescentes.
3. En los niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible, así que no tienen por qué estar relacionados con el trauma.
4. Es la nota del criterio B1 para los niños mayores de 6 años.

> **Trampa.** La opción 3 cuela un «siempre». En el TEPT infantil el DSM relaja ese requisito para los sueños.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, págs. 301-302, 308 y 309.

EN EL ATLAS Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 190, PIR 2021 · n.º 196, PIR 2023 · n.º 184

198 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 3

Una paciente de 10 años refiere textualmente en consulta de psicología clínica: “la pareja de mi madre, el otro día me obligó a ver una película porno y me tocó por debajo de la ropa”. En consecuencia:

1. Debemos contrastar esta información con la pareja de la madre y aclarar lo sucedido.
2. Debemos hacer preguntas para obtener el mayor número posible de detalles del relato de la paciente.
3. Debemos asegurar la protección de la paciente y denunciar esta situación lo antes posible. ✓
4. Si el relato no es consistente, no debemos realizar ninguna actuación.

Ante la sospecha de abuso hay que proteger a la menor y comunicarlo a las instituciones

Vallejo y Rodríguez subrayan que, **ante la sospecha de maltrato infantil**, hay que **comunicarlo a las instituciones públicas** (servicios sociales y sanitarios), que pondrán en marcha las medidas para su gestión y confirmación con una **coordinación interprofesional e interinstitucional** para proteger al menor. La entrevista con los familiares solo se hace si no supone un riesgo para el menor, y en la entrevista inicial hay que evitar preguntas que **induzcan respuestas sesgadas** o dudar de su relato. La evaluación más exhaustiva empieza cuando el profesional se ha asegurado de que el menor **no corre peligro**.

1. La entrevista con los familiares se hace solo si no supone un riesgo para el menor, y aquí el presunto agresor es la pareja de la madre. Contrastar con él el relato pondría en riesgo a la niña.
2. En la entrevista inicial hay que evitar preguntas que puedan inducir respuestas sesgadas. La evaluación más exhaustiva empieza cuando el profesional se ha asegurado de que la menor no corre peligro.
3. La sospecha debe comunicarse a las instituciones públicas para que pongan en marcha las medidas que protejan a la menor.
4. El manual pide comunicar la sospecha de maltrato, sin esperar a confirmarla, y aconseja no dudar del relato del menor.

Ojo. La opción 3 habla de denunciar; el manual habla de comunicar la sospecha a las instituciones públicas (servicios sociales y sanitarios), que se encargan de su gestión y confirmación. Las obligaciones legales de comunicación no se desarrollan en el corpus, que solo menciona la Ley Orgánica 8/2021 (LOPIVI) a propósito del registro de casos de violencia contra la infancia (pág. 408).

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. 358-359.

EN EL ATLAS Tema B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 186, PIR 2025 · n.º 210

199

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

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

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la opción correcta para las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia?:

1. Son más elevadas para los sucesos interpersonales y especialmente en las niñas y las adolescentes. ✓
2. Son más elevadas para los sucesos no interpersonales y con igual prevalencia en ambos géneros.
3. Son más elevadas para los sucesos no interpersonales y especialmente en las niñas y las adolescentes.
4. Son más elevadas para los sucesos interpersonales y con igual prevalencia en ambos géneros.

El TEPT es más frecuente tras sucesos interpersonales y en las chicas

Belloch recoge que el TEPT puede aparecer en el **15-30 %** de quienes sufren un suceso traumático, con una incidencia más baja tras una catástrofe o un accidente y más alta en las **víctimas de hechos violentos**, que tras violencia o agresiones sexuales llega al 50-70 %. Desde una perspectiva de género es **más frecuente y más grave en mujeres**, y en la población adolescente es **mucho más frecuente en chicas** que en chicos. El DSM-5-TR lo confirma y atribuye parte del mayor riesgo de las mujeres a su mayor exposición al abuso sexual infantil y a otras formas de **violencia interpersonal**.

1. Reúne los dos datos del manual, más prevalencia tras sucesos interpersonales y en niñas y adolescentes.
2. Los sucesos no interpersonales, como catástrofes o accidentes, dan la incidencia más baja, y la prevalencia no es igual en ambos sexos.
3. Acierta en el sexo, pero las tasas más altas corresponden a los sucesos interpersonales.
4. Acierta en el tipo de suceso, pero el trastorno es mucho más frecuente en chicas que en chicos.

Trampa. Las cuatro opciones combinan dos variables con dos valores cada una. Basta con fijar los dos datos, suceso interpersonal y sexo femenino.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 116. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de estrés postraumático, pág. 311.

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 2015 · n.º 181, PIR 2025 · n.º 122

200

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes modelos de abordaje del trastorno del espectro autista propone una intervención centrada específicamente en la familia a través de un entrenamiento para padres?:

1. Método Hanen. ✓
2. Modelo DIR (Developmental Individual Difference Relationship).
3. Método de entrenamiento en Respuestas Centrales (PRT).
4. Modelo Denver.

El método Hanen es un programa de enseñanza para padres de niños con TEA

Vallejo y Rodríguez agrupan los modelos de intervención en el TEA en intervenciones conductuales, intervenciones centradas en el desarrollo, **intervenciones centradas en la familia** y globales o combinadas. Entre las centradas en la familia sitúan el **método Hanen** (Manolson, 1992), un **programa de enseñanza para padres** con sesiones de grupo con otros padres y sesiones individuales con el terapeuta. Su objetivo es dar a los padres estrategias para ayudar a sus hijos en su **desarrollo comunicativo y relacional** a través de las rutinas diarias y del juego. Los otros tres modelos aparecen en otros grupos de la clasificación.

1. El manual lo clasifica entre las intervenciones centradas en la familia y lo define como un programa de enseñanza para padres.
2. El modelo DIR pertenece a las intervenciones centradas en el desarrollo. Busca que el niño desarrolle habilidades de interacción social y emocional teniendo en cuenta sus diferencias individuales.
3. El PRT de Koegel y Koegel es un programa conductual basado en el condicionamiento y el análisis funcional, con situaciones de intervención más flexibles, que busca cambiar conductas centrales como la motivación.
4. El modelo Denver es una intervención global de atención temprana (12-48 meses) basada en el desarrollo típico que usa técnicas propias del ABA.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TEA SEGÚN VALLEJO Y RODRÍGUEZ

Grupo	Modelos que incluye
Intervenciones conductuales	ABA; Método de Entrenamiento en Respuestas Centrales (PRT); Apoyo Conductual Positivo (ACP)
Intervenciones centradas en el desarrollo	Modelo DIR/DIR Floortime; RDI (Relationship Development Intervention)
Intervenciones centradas en la familia	Modelo de intervención centrado en entornos naturales; Método Hanen
Intervenciones globales o combinadas	TEACCH; Modelo Denver; SCERTS

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 15, págs. 688-693

Ojo. En el DIR Floortime y en el RDI también son los padres quienes aplican la intervención tras entrenarse. Lo que distingue al método Hanen es que el manual lo coloca entre las intervenciones centradas en la familia y lo define como un programa de enseñanza para padres.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15, págs. 688-693.

EN EL ATLAS Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 189, PIR 2025 · n.º 169

201

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 1

¿Qué afirmación es correcta con respecto al círculo arterial cerebral, también denominado polígono de Willis?:

1. Está formado por la anastomosis de las dos arterias vertebrales y las dos arterias carótidas internas. ✓
2. Es una estructura de arterias que se encuentra específicamente en el cuerpo calloso.
3. Es una estructura vascular tan sumamente delicada que cualquier alteración en el tamaño de las arterias del círculo suele suponer la muerte del paciente.
4. Es la forma específica que toma la arteria basilar al llegar al cerebro para mantenerse aislada de otras arterias, como la arteria comunicante posterior y la arteria cerebral posterior.

El polígono de Willis une en la base del encéfalo la circulación vertebrobasilar y la carotídea

Del Abril y colaboradores explican que la sangre llega al encéfalo por dos sistemas arteriales, las **arterias carótidas internas** (circulación anterior) y las **arterias vertebrales** (circulación posterior), que se unen para formar la arteria basilar. Ambas circulaciones se juntan **en la base del encéfalo** a través de las dos arterias comunicantes posteriores y forman el **círculo o polígono de Willis**, un anillo arterial que se completa con la comunicante anterior. Este círculo **reduce la vulnerabilidad a la obstrucción local** y actúa como sistema de seguridad del aporte sanguíneo. La opción 1 describe esa unión de los dos sistemas.

1. Es la unión de la circulación vertebrobasilar, que nace de las dos vertebrales, y la carotídea, que nace de las dos carótidas internas.
2. El círculo se forma en la base del encéfalo, no en el cuerpo calloso.
3. El manual le atribuye el papel contrario, porque reduce la vulnerabilidad a la obstrucción local y funciona como sistema de seguridad para mantener el aporte sanguíneo.
4. La arteria basilar se bifurca en las dos cerebrales posteriores, y el círculo conecta los dos sistemas a través de las comunicantes posteriores. No es una forma de mantener aislada la basilar.

Para fijarlo. Willis es una rotonda: si se corta una calle, la sangre llega por otra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 181-182.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 59

202

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)

Respuesta correcta: 3

El objetivo de la prueba estadística no paramétrica de McNemar es:

1. Conocer diferencias o asociación entre variables en muestras pequeñas.
2. Conocer si existe relación entre dos o más variables.
3. Comparar si existen diferencias antes y después de un evento. ✓
4. Comparar si existen diferencias entre tres o más grupos.

La prueba de McNemar compara dos proporciones medidas en la misma muestra, como antes y después

Maciá y colaboradores presentan el **contraste sobre dos proporciones en muestras relacionadas** para comparar proporciones estimadas en la **misma muestra** de sujetos, con una variable dependiente **dicotómica o dicotomizada**. Se emplea cuando los datos se miden en dos momentos, por ejemplo **antes y después** del tratamiento. El **estadístico de McNemar** es el cuadrado del estadístico Z, se distribuye según ji-cuadrado con un grado de libertad y solo utiliza a los sujetos que cambian de respuesta entre las dos condiciones (casillas b y c). Por eso su objetivo es el de la opción 3.

1. La prueba no se define por el tamaño de la muestra ni estudia asociación. El manual pide incluso que la muestra de sujetos que cambian sea suficientemente grande.
2. Estudiar la relación entre variables no es su objetivo. McNemar contrasta si dos proporciones relacionadas son iguales.
3. Compara la proporción de éxitos de una misma muestra en dos momentos, como antes y después de un tratamiento.
4. McNemar trabaja con dos condiciones de una misma muestra, no con tres o más grupos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 136-140 y 143-144.

EN EL ATLAS

Tema L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados. Se estudia con Maciá (Base).

203

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

Según el Modelo Cúbico de la Estructura del Intelecto de Guilford, ¿cuál de las siguientes dimensiones hace referencia al tipo de información que las personas procesan?:

1 Contenidos. ✓

2 Operaciones mentales.

3 Productos.

4 Unidades.

En el modelo de Guilford, los contenidos son el tipo de información que se procesa

Sánchez-Elvira describe el **modelo cúbico de Guilford**, para quien la inteligencia está compuesta por 120 aptitudes independientes que derivan de combinar tres dimensiones: **operaciones** (cinco), **contenidos** (cuatro) y **productos** (seis). Las operaciones aluden a las actividades cognitivas que procesan la información. Los **contenidos** se refieren **al tipo de información que las personas procesan**, y pueden ser figurativos, simbólicos, semánticos y conductuales. Los productos son los resultados de las operaciones realizadas con los contenidos, y entre ellos están las unidades. Al dividir después los contenidos figurativos en visuales y auditivos, el modelo pasó a 150 aptitudes.

1. Es la definición de contenidos que da el manual.
2. Las operaciones mentales son las actividades cognitivas involucradas en el procesamiento: cognición, memoria, producción convergente, producción divergente y evaluación.
3. Los productos son los resultados de las operaciones realizadas con los distintos contenidos.
4. Las unidades son uno de los seis productos, los elementos y respuestas simples, como una idea o un objeto. No son una dimensión.

Para fijarlo. Operaciones es cómo pienso, contenidos es sobre qué pienso y productos es qué obtengo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 241-242.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 14, PIR 2015 · n.º 37, PIR 2016 · n.º 213, PIR 2019 · n.º 10, PIR 2020 · n.º 118, PIR 2021 · n.º 42, PIR 2021 · n.º 203, PIR 2022 · n.º 99

204

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

¿Qué es el fórnix?:

1. Un haz de fibras que conecta diferentes regiones del cerebro. ✓
2. El modo en que se denomina al complejo tálamo-hipotálamo.
3. Uno de los ganglios basales del cerebro.
4. Una fina lámina de sustancia gris separada del núcleo lenticular por la cápsula externa.

El fórnix es un haz de fibras que conecta el hipocampo con otras regiones, como los cuerpos mamilares

Del Abril y colaboradores describen el **fórnix** como un **gran haz** que conecta la formación hipocampal con los **núcleos mamilares del hipotálamo**, y lo señalan como la vía principal de proyección de la formación hipocampal hacia el encéfalo anterior y el hipotálamo. El glosario de Carlson lo define como un **haz de fibras que conecta el hipocampo con otras partes del cerebro**, incluidos los cuerpos mamilares, y lo sitúa en el sistema límbico. Es lo que dice la opción 1. Los **ganglios basales** son otra cosa, núcleos subcorticales como el caudado, el putamen y el globo pálido.

1. Coincide con la definición del manual, un haz de fibras que conecta el hipocampo con otras partes del cerebro.
2. El complejo tálamo-hipotálamo no es el fórnix. El fórnix es el haz por el que las proyecciones del hipocampo llegan al hipotálamo.
3. El fórnix aparece en la misma figura que los núcleos subcorticales, pero el manual lo describe como un haz de fibras, no como un núcleo. Los ganglios basales los forman el estriado, la sustancia negra y el núcleo subtalámico.
4. El fórnix es un haz de fibras, no una lámina de sustancia gris.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 223, 228 y 230.
Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Glosario, pág. 620.

EN EL ATLAS

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

205

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

De las siguientes pruebas de personalidad, ¿cuál es la que, construida desde un esquema teórico, presenta una mayor convergencia con la clasificación diagnóstica del DSM?:

1. MCMI-IV. ✓
2. EPQ.
3. 16 PF.
4. BFQ, “Big Five”.

El MCMI-IV se basa en la teoría de Millon y sus escalas abarcan todos los trastornos de la personalidad del DSM-5

Moreno Rosset y Ramírez Uclés presentan el **MCMI-IV** de Millon, Grossman y Millon como un clásico de la evaluación clínica de la personalidad. Entre sus rasgos distintivos destacan dos que responden a la pregunta: cada escala de patrones de personalidad está fundamentada en la **teoría evolutiva de la personalidad de Millon**, y sus escalas **abarcan todos los trastornos de la personalidad del DSM-5**, además de los síndromes clínicos más relevantes. Usa además **puntuaciones de tasa base** para reflejar las prevalencias de la población clínica. Los otros tres miden dimensiones o factores de personalidad que proceden de otros modelos.

1. Tiene base teórica (Millon) y sus escalas cubren todos los trastornos de la personalidad del DSM-5.
2. El EPQ-R de Eysenck evalúa tres dimensiones, psicoticismo, extraversión y neuroticismo. No está organizado según las categorías del DSM.
3. El 16PF-5 de Cattell evalúa 16 escalas primarias y 5 dimensiones globales, y se construyó con procedimientos empíricos, sobre todo el análisis factorial.
4. El BFQ se construyó sobre el Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae y evalúa energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental.

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. 457, 460, 462 y 469.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 95, PIR 2025 · n.º 23

206

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿A qué se refiere el estado de identidad descrito por Marcia (1966, 1980) en el que una persona considera las alternativas en un momento de crisis y parece que se orienta a tomar un compromiso?:

1 Difusión de la identidad.

2 Exclusión.

3 Logro de la identidad.

4 Moratoria. ✓

En la moratoria, la persona está en crisis, considera alternativas y parece encaminarse a un compromiso

Papalia y Martorell recogen los cuatro **estados de la identidad** que Marcia (1966, 1980) distinguió combinando la presencia o ausencia de **crisis** (periodo de toma consciente de decisiones) y de **compromiso** (inversión personal en una ocupación o sistema de creencias). La **moratoria** es una crisis sin compromiso, y el manual la define como el estado en que una persona **considera actualmente las alternativas** (en una crisis) y **parece dirigirse a tomar un compromiso**. Es casi literal el enunciado, así que la respuesta es la opción 4.

1 La difusión de la identidad se caracteriza por la falta de compromiso y de una consideración seria de las alternativas.

2 En la exclusión hay compromiso sin crisis. La persona no ha dedicado tiempo a considerar alternativas y se compromete con los planes que le impuso otra persona.

3 El logro de la identidad exige que el compromiso ya esté tomado después de la crisis. El enunciado solo dice que parece orientarse a tomarlo.

4 Es la definición de moratoria del manual.

ESTADOS DE LA IDENTIDAD DE MARCIA

Estado	Crisis y compromiso	Definición
Logro de la identidad	La crisis conduce al compromiso	Compromiso con las elecciones tomadas después de una crisis, un periodo que se dedica a la exploración de alternativas
Exclusión	Compromiso sin crisis	Una persona que no ha dedicado tiempo a considerar las alternativas se compromete con los planes existenciales que le impuso otra persona
Moratoria	Crisis sin compromiso	Una persona considera actualmente las alternativas (en una crisis) y parece dirigirse a tomar un compromiso
Difusión de la identidad	Sin compromiso ni crisis	Falta de compromiso y de una consideración seria de las alternativas

Fuente: Papalia y Martorell (2021), cap. 12, págs. 354-355

Trampa. La palabra que decide es «parece»: si el compromiso ya estuviera tomado sería logro de la identidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 354-355.

EN EL ATLAS Tema J9 · Adolescencia. Papalia y Martorell no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 225, PIR 2018 · n.º 25

207

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B22 · Trastornos neurocognitivos | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina el trastorno en el que se produce una alteración de la atención y de la conciencia que se acompaña de un cambio en el funcionamiento de los procesos cognitivos, pudiéndose acompañar de alucinaciones de tipo visual y episodios de agitación?:

1. Trastorno de ideas delirantes.
2. Trastorno de desrealización - despersonalización
3. Epilepsia del lóbulo temporal.
4. Delirium. ✓

El delirium altera atención y conciencia y suele acompañarse de alucinaciones visuales y agitación

El DSM-5-TR define el **delirium** por una **alteración de la atención** acompañada de **conciencia reducida del entorno**, que aparece en poco tiempo, fluctúa a lo largo del día y se acompaña de una **alteración cognitiva adicional** (memoria, orientación, lenguaje, capacidad visoespacial o percepción). Las alteraciones de la percepción pueden ser malinterpretaciones, ilusiones o alucinaciones, **típicamente visuales**. El subtipo hiperactivo puede acompañarse de **agitación**, y entre las características asociadas figura la agitación nocturna. La tabla de Belloch sobre modalidades de alucinación marca la visual como frecuente en el delirium.

1. El trastorno de ideas delirantes se define por uno o más delirios de un mes o más de duración. Las alucinaciones, si existen, no son importantes y se relacionan con el tema delirante.
2. El trastorno de despersonalización/desrealización consiste en experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad o distanciamiento respecto a uno mismo o al entorno.
3. En la tabla de Belloch, las alucinaciones frecuentes de la epilepsia del lóbulo temporal son las gustativas y las olfativas, y las visuales solo ocasionales.
4. Reúne todos los elementos del enunciado, que son la alteración de la atención y la conciencia, el cambio cognitivo, las alucinaciones visuales y la agitación.

TABLA 6.4 (EXTRACTO). MODALIDADES SENSORIALES DE ALUCINACIÓN QUE APARECEN MÁS FRECUENTEMENTE EN DIFERENTES TRASTORNOS (*: INFRECUENTE; : OCASIONAL;* : FRECUENTE)

Trastorno	Auditiva	Visual	Táctil	Gustativa	Olfativa
Epilepsia (lóbulo temporal)	*	**	*	*	*
Delirium	**	*	**	-	-
Trastorno delirante	**	*	*	**	*

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.4, pág. 159

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Delirium, págs. 672 y 676; trastorno delirante, pág. 104; trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 343. 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 2023 · n.º 135

208

PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina a la intensidad mínima en la que una persona puede detectar un estímulo el 50% de las veces que éste se presenta?:

1. Umbral diferencial.
2. Umbral relativo.
3. Umbral discriminativo.
4. Umbral absoluto. ✓

El umbral absoluto es la intensidad mínima que se detecta el 50 % de las veces

Goldstein y Cacciamani definen el **umbral absoluto** como el nivel de intensidad del estímulo más pequeño que puede ser detectado. Al medirlo con el **método de estímulos constantes**, las intensidades se presentan en orden aleatorio varias veces y el umbral suele definirse como la intensidad **detectada el 50 % de las veces**. El apéndice sobre detección de señales lo repite: es la intensidad a la que la persona dice ver la luz u oír el tono en un 50 % de los casos. El **umbral diferencial**, en cambio, es la diferencia mínima necesaria entre dos estímulos para distinguirlos.

1. El umbral diferencial es la diferencia mínima necesaria entre dos estímulos para distinguirlos, no la intensidad mínima de un estímulo aislado.
2. El manual no usa la expresión umbral relativo. Por su nombre alude a la comparación entre estímulos, como el diferencial, y no a la detección de uno solo.
3. Tampoco usa la expresión umbral discriminativo, que también remite a distinguir entre estímulos.
4. Es la definición operativa del umbral absoluto con el método de estímulos constantes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 16-19; apéndice C, pág. 519.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 138, PIR 2016 · n.º 185

209

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Un paciente tiene fobia a las arañas. Si con terapia conductual logra superar su miedo a las arañas dentro del despacho del especialista en psicología clínica, la conducta no se generalizará con la misma facilidad a nuevas situaciones. ¿Cómo puede solucionarse?:

1. Aumentando el efecto de contraste.
2. Reduciendo el efecto de renovación al hacer extinción en diferentes contextos. ✓
3. Aumentando el tiempo de las sesiones de extinción.
4. No se puede reducir la renovación de la respuesta tras la extinción.

Extinguir el miedo en varios contextos reduce el efecto de renovación

Domjan explica que el **efecto de renovación** refleja la especificidad contextual de la extinción: la respuesta extinguida reaparece cuando el sujeto sale del contexto donde se extinguió. Para la terapia de conducta, eso significa que el miedo superado en el consultorio puede volver en otro contexto, y que el beneficio **no se generaliza con la misma facilidad** a nuevas situaciones, que es lo que plantea el caso. Un procedimiento prometedor es **conducir la extinción en contextos diferentes**, porque aumenta la generalización del desempeño en extinción y **reduce la renovación**, aunque el resultado no siempre se observe.

1. Los efectos de contraste se refieren al cambio en la respuesta a una recompensa según la experiencia previa con otra mejor o peor. No intervienen en la renovación.
2. Es la estrategia que propone el manual para reducir la renovación.
3. Los ensayos masivos de extinción producen un descenso más rápido de la respuesta dentro de la sesión, pero a menudo es un efecto temporal y la respuesta se recupera entre sesiones.
4. El manual describe varias formas de reducir la renovación, entre ellas la extinción en varios contextos y las señales recordatorias de la extinción.

> **Para fijarlo.** Si el miedo se apagó en un solo sitio, se vuelve a encender en los demás.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 9, págs. 310-311 y 317-318; cap. 6, pág. 167.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 14

210

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿Cuáles son las tres etapas propuestas por la teoría de la disociación estructural para el tratamiento de niños con trauma grave?:

1 Creación de la alianza terapéutica y objetivos terapéuticos; entrenamiento en reducción de ansiedad; procesamiento de recuerdos traumáticos.

2 Psicoeducación; reelaboración narrativa del trauma (adaptado con dibujo o juego en función de la edad); reintegración en el entorno familiar y escolar.

3 Psicoeducación y objetivos; desarrollo de capacidades de afrontamiento (atención flexible, atención plena, imaginación); tratamiento de la disociación.

4 Estabilización, seguridad y reducción de síntomas; procesamiento de los recuerdos traumáticos; integración de estilos de afrontamiento adaptativos. ✓

El tratamiento orientado por fases va de la estabilización a los recuerdos traumáticos y a la integración

Fonseca expone la **teoría de la disociación estructural** de Van der Hart et al. (2011), según la cual las experiencias traumáticas pueden activar sistemas de acción psicobiológicos, las partes disociativas, que existen sin integrarse dentro de una misma personalidad. El tratamiento es **sistémico y secuencial**, orientado por fases: empieza por la **estabilización** (seguridad, relación terapéutica, reducción de síntomas y habilidades), continúa con el **tratamiento de los recuerdos traumáticos** y termina con la **integración** de las partes disociadas. La opción 4 recoge esa secuencia.

1 Sus dos primeras etapas caben en la estabilización, que incluye la relación terapéutica y la reducción de síntomas, y la tercera es el procesamiento de los recuerdos traumáticos, que en el modelo es la fase intermedia. Le falta la integración final.

2 La psicoeducación y la reintegración familiar y escolar no son las fases que propone el modelo.

3 El tratamiento de la disociación no es una fase final aparte. Todo el modelo se dirige a integrar las partes disociadas, y la fase intermedia es el procesamiento de los recuerdos traumáticos.

4 Coincide con las tres fases del modelo, estabilización y reducción de síntomas, recuerdos traumáticos e integración.

Ojo. El manual del corpus describe el tratamiento por fases en adultos con trastornos disociativos. El enunciado lo aplica a niños con trauma grave, y su tercera fase («integración de estilos de afrontamiento adaptativos») no coincide palabra por palabra con la del manual, que habla de integración de las partes disociadas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 14, págs. 440-442.

EN EL ATLAS: Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 163, PIR 2021 · n.º 168, PIR 2025 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 143

Índice por temas del Atlas

A2	Conceptos y modelos	196
A3	Clasificación y diagnóstico	129
A4	Atención y Conciencia	140, 149
A5	Percepción e Imaginación	23, 125, 130, 131, 132, 145, 150, 152
A6	Memoria	146, 147, 148
A7	Pensamiento	133, 141, 142, 143
A8	Lenguaje	59, 144
A9	Comportamiento y Conducta Motora	61, 127
B1	La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental	13, 25
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	14, 110, 111, 112
B7	Adicciones comportamentales	120
B9	Estrés	52
B11	Trastornos de ansiedad	80, 81, 172, 192
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	123, 126, 197, 199
B13	Trastorno adaptativo	22
B14	TOC y trastornos relacionados	29, 113, 116, 118, 156
B15	Trastornos depresivos	82, 193
B16	Trastornos bipolares	17, 134, 136, 139
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	30, 160
B20	Trastornos de la personalidad	16, 34, 128, 153, 154, 155, 180
B21	Conducta suicida	117, 186
B22	Trastornos neurocognitivos	207
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	35, 177
B28	Trastorno del espectro del autismo	15, 32
B31	Trastornos del movimiento y desarrollo motor	178
B33	Abuso sexual, violencia y maltrato infantil	198
B35	Duelo en infancia y adolescencia	101
C1	Psicología basada en la evidencia: eficacia y niveles de evidencia	138
C3	Tratamientos transdiagnósticos	168
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	187
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	91, 121, 137, 173
C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	169, 185, 189
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	183
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	124, 179

C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	114, 119
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	83, 84, 190
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	135
C16	Tratamientos de los trastornos disociativos	122, 210
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	105, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	97, 99
C20	Intervención psicológica en conducta suicida	182
C21	Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia	175, 188
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	194
C26	Tratamientos del TEA	176, 200
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	184
C30	Tratamientos de los trastornos del vínculo	195
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	170
C33	Tratamientos para el duelo en infancia y adolescencia	174, 191
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	102
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	109
E2	El proceso de evaluación psicológica	24
E5	La observación sistemática	21
E9	Las técnicas proyectivas	28
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	18, 27, 31
E11	Evaluación de la personalidad	33, 205
E12	Evaluación neuropsicológica	19, 26
F1	Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia	79
F2	Factores comunes y relación terapéutica	20, 85, 86, 87, 88, 100, 103, 106, 107, 108
F3	Enfoques eclécticos e integradores	104, 167
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	89
F10	Terapia familiar sistémica	90, 92, 93
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	94, 95, 96
F21	Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal	115
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	98, 181
G1	Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones	11, 12
G6	Límites profesionales y relaciones duales	10
G8	Ética en la intervención psicoterapéutica y en la investigación	9
H1	Introducción e historia de las diferencias individuales	45
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	47, 48, 55, 203

H5	Enfoque integral: creatividad, estilos cognitivos e inteligencias no académicas	56
H6	Diferencias intergrupales: edad y género	54
H7	Herencia y ambiente	49
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	44, 46
H11	Estabilidad de la personalidad	43
H13	Afectividad negativa y positiva	42, 51
H14	Motivación y personalidad	50
H16	Personalidad y psicopatología	53
I2	Atención	6
I3	Sensación y percepción	7, 208
I5	Condicionamiento instrumental	1, 5, 209
I6	Memoria	8
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	2
I10	Emoción	3
J1	Teorías del desarrollo	38, 39
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	40
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	37
J6	Pensamiento preoperatorio y operaciones concretas	36
J7	Desarrollo emocional, social y de la personalidad en la niñez	41
J9	Adolescencia	4, 206
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	201, 204
K4	Desarrollo del sistema nervioso, plasticidad y reserva cognitiva	57, 60, 63
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	65
K6	Sistemas sensoriales	62
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	58, 64
K18	Psicofarmacología	151
L13	Probabilidad y distribuciones de probabilidad	77
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	75, 76
L15	Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)	202
L20	Fiabilidad de los tests	73
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	74
L23	Teoría de respuesta al ítem	78
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	66
M2	El yo social y la cultura	70
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	68
M4	Influencia social y persuasión	67

M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	71
M6	Procesos de grupo	69
M7	Estereotipos y prejuicio	72