ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2025

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 2025. 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

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 3

Siguiendo el plan terapéutico acordado con nuestro paciente, diseñamos tareas en sesión que exigen integrar información verbal y visual y relacionarla con episodios autobiográficos relevantes. Según el modelo multicomponente de la memoria de trabajo de Baddeley (2012), ¿qué componente resulta clave en este tipo de tareas?

1 Ejecutivo central.

2 Bucle fonológico.

3 Buffer episódico. ✓

4 Sistema atencional supervisor.

El retén episódico integra códigos distintos con la memoria a largo plazo

La tarea del enunciado pide juntar información verbal y visual y ligarla a episodios autobiográficos. Eso es lo que Baddeley atribuye al **retén episódico**, el cuarto componente que añadió al modelo en el año 2000. Según el manual, es un almacén capaz de mantener unos **cuatro bloques** de información en un **código multidimensional**, y por eso puede enlazar los subsistemas de la memoria de trabajo entre sí y con la información que llega de la memoria a largo plazo y de la percepción. La información se recupera de él mediante el acceso consciente.

1 El ejecutivo central es, según el manual, un controlador atencional más que un sistema de memoria. El propio Baddeley cuenta que, al principio, pensó que la integración dependía de él, pero los experimentos con tareas concurrentes mostraron que la integración sigue produciéndose aunque se bloquee el ejecutivo.

2 El bucle fonológico mantiene secuencias de elementos acústicos y relacionados con el habla. Sirve para el material verbal, pero no combina información de códigos distintos.

3 El retén episódico mantiene información en un código multidimensional y conecta los subsistemas con la memoria a largo plazo, que es lo que exige la tarea.

4 El sistema atencional supervisor pertenece al modelo de Norman y Shallice. Baddeley lo tomó como base para describir el ejecutivo central, pero no es uno de los componentes de su modelo.

COMPONENTES DEL MODELO MULTICOMPONENTE DE LA MEMORIA DE TRABAJO

Componente	Qué hace
Ejecutivo central	Controlador atencional más que sistema de memoria
Bucle fonológico	Mantiene secuencias de elementos acústicos y relacionados con el habla
Agenda visoespacial	Mantiene elementos y secuencias codificadas visual y/o espacialmente
Retén episódico (2000)	Mantiene cuatro bloques de información en un código multidimensional; enlaza los subsistemas con la información de la MLP y el sistema perceptivo

Fuente: Baddeley, Eysenck y Anderson (2020), cap. 4, págs. 94, 104 y 108

Para fijarlo. Si la tarea mezcla lo verbal y lo visual y además tira de recuerdos propios, piensa en el retén episódico.

REFERENCIA OFICIAL — Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 4, pág. 108.

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

2 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 2

Durante una valoración neuropsicológica, se administra la lista de palabras del Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (AVLT). Al pedirle a la persona que recuerde las palabras de la lista 2, menciona la palabra "tambor", que pertenece a la lista 1. ¿Qué fenómeno relacionado con el olvido se está observando?

1 Interferencia retroactiva.

2 Interferencia proactiva. ✓

3 Interferencia contextual.

4 Inhibición colaborativa.

Lo aprendido antes estorba al recuerdo de lo nuevo: interferencia proactiva

La persona tiene que recordar la lista 2 y se le cuela una palabra de la lista 1, es decir, un recuerdo antiguo dificulta la recuperación de uno más reciente. Baddeley, Eysenck y Anderson llaman a esto **interferencia proactiva**, la tendencia de los recuerdos más antiguos a interferir con la recuperación de experiencias y conocimientos más recientes. En su paradigma de listas se evalúa el **recuerdo de la segunda lista** y se compara con una condición control sin primera lista, y se observa que las personas olvidan los ítems de una lista cuando antes han estudiado otra. El efecto es mayor cuando las dos listas comparten una **clave común**. Domjan da la misma definición: la información que interfiere actúa **hacia delante** y altera el recuerdo de un evento posterior.

1 La interferencia retroactiva es el olvido causado por codificar trazos nuevos en el intervalo que separa la codificación del objetivo y el test, de modo que lo nuevo perjudica el recuerdo de lo antiguo. Aquí ocurre lo contrario, porque es la lista 1 la que estorba al recuerdo de la lista 2.

2 Un ítem de la lista anterior se entromete en el recuerdo de la lista posterior, que es la definición de interferencia proactiva.

3 El manual no recoge una «interferencia contextual». Las fluctuaciones del contexto aparecen como una causa del olvido distinta de la interferencia, que tiene que ver con que el contexto de recuperación no coincida con el de codificación, y nada de eso explica que se cuele una palabra de una lista previa.

4 La inhibición colaborativa es el fenómeno por el que un grupo recuerda menos material de forma colectiva que sumando lo que recuerda cada miembro por separado. Exige una tarea de memoria en grupo, y aquí se evalúa a una sola persona.

DOS DIRECCIONES DE LA INTERFERENCIA

	Interferencia retroactiva	Interferencia proactiva
Tendencia	La información adquirida recientemente impide la recuperación de recuerdos similares pero más antiguos	Los recuerdos más antiguos interfieren con la recuperación de experiencias y conocimientos más recientes
Qué lista se evalúa	La primera lista	La segunda lista

Fuente: Baddeley, Eysenck y Anderson (2020), cap. 9, págs. 287-290

Para fijarlo. Pro mira hacia delante, porque lo viejo estorba a lo nuevo; retro mira hacia atrás, porque lo nuevo tapa lo viejo.

REFERENCIA OFICIAL

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 9, págs. 288-291.
Domjan, M. (2016). Principios de aprendizaje y conducta (7.ª ed.). Cengage. Cap. 11, pág. 334.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 7

3 PSICOLOGÍA BÁSICA

I3 · Sensación y percepción

Respuesta correcta: 1

Un varón de 24 años refiere en sesión que confunde las señales rojo-verde y que, al conducir de noche, percibe las luces rojas como más apagadas que las verdes. Según la teoría tricromática de la visión, ¿qué alteración explica mejor este patrón perceptivo?

1 Protanopia. ✓

2 Deuteranopia.

3 Tritanopia.

4 Acromatopsia.

Sin el pigmento de onda larga, el rojo se apaga: protanopia

El paciente confunde el rojo y el verde y además ve las luces rojas más apagadas. Goldstein y Cacciamani describen tres tipos de **dicrómatas**, personas que solo tienen dos pigmentos de cono operativos. El **protanope** carece del **pigmento de onda larga**: ve la luz de onda corta como un azul que pierde saturación hasta el **punto neutral** de 492 nm, donde se vuelve gris, y por encima percibe un amarillo que **pierde intensidad en el extremo de onda larga** del espectro. Ese oscurecimiento del extremo largo, el de los rojos, es lo que distingue al protanope del deuteranope, que también confunde rojo y verde pero conserva el pigmento de onda larga. La protanopia afecta al 1 % de los hombres y al 0,02 % de las mujeres.

1 Falta el pigmento de onda larga, y por eso el extremo rojo del espectro se percibe con menos intensidad.

2 El deuteranope carece del pigmento de onda media. Ve azul en las ondas cortas y amarillo en las largas, con el punto neutral hacia los 498 nm, así que confunde rojo y verde, pero el manual no describe en él la pérdida de intensidad del extremo de onda larga.

3 El tritanope carece del pigmento de onda corta y ve el espectro como azul en las ondas cortas y rojo en las largas, con el punto neutral en 570 nm. Además es muy rara (alrededor del 0,002 % de los hombres).

4 En la acromatopsia, o ceguera cromática total, no se percibe ningún color, y el mundo se ve en grises. El paciente sí distingue colores, aunque confunda dos de ellos.

LOS TRES TIPOS DE DICRÓMATAS

Tipo	Pigmento que falta	Cómo ve el espectro	Punto neutral
Protanopia	Onda larga	Azul en ondas cortas; amarillo que pierde intensidad en el extremo de onda larga	492 nm
Deuteranopia	Onda media	Azul en ondas cortas y amarillo en ondas largas	498 nm
Tritanopia	Onda corta	Azul en ondas cortas y rojo en ondas largas	570 nm

Fuente: Goldstein y Cacciamani (2025), cap. 9, págs. 258-259

Ojo. La segunda referencia oficial, Coren, Ward y Enns (2001), no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Goldstein y Cacciamani.

Para fijarlo. Prot-, deuter- y trit- son primero, segundo y tercero: les falta el pigmento de onda larga, media y corta, por ese orden.

REFERENCIA OFICIAL

Goldstein, E. B. y Cacciamani, L. (2025). Sensación y percepción. UNED-Sanz y Torres. Cap. 9, págs. 258-259.
Coren, S., Ward, L. M. y Enns, J. T. (2001). Sensación y percepción. McGraw-Hill. Pág. 136.

EN EL ATLAS

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

4

PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 2

Un residente comienza a sobrediagnosticar trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras haber atendido varios casos graves consecutivos. ¿A qué se puede deber esta sobreestimación de la probabilidad diagnóstica?

1. Heurístico de Anclaje.
2. Heurístico de Disponibilidad. ✓
3. Heurístico de Representatividad.
4. Heurístico de Simulación.

Los casos recientes vienen antes a la mente y inflan la probabilidad: disponibilidad

El residente estima la probabilidad del TEPT por lo fácil que le resulta recordar casos, y acaba de ver varios seguidos. González Labra lo estudia como **heurístico de accesibilidad** (el de **disponibilidad** de Tversky y Kahneman), por el que juzgamos la frecuencia de una categoría o la probabilidad de un acontecimiento por la **facilidad con la que los ejemplos nos vienen a la mente**. Suele funcionar, porque los ejemplos de categorías frecuentes se recuerdan antes, pero la accesibilidad también depende de la familiaridad, la saliencia y el carácter reciente, y eso produce sesgos. El manual pone un ejemplo parecido al del enunciado. Si acabamos de ver un coche volcado, la probabilidad subjetiva de un accidente de tráfico sube durante un tiempo, un **sesgo de inmediatez** basado en lo fácil que es recuperar las experiencias recientes.

1. El anclaje y ajuste se aplica cuando estimamos una cantidad incierta a partir de un valor inicial que luego se ajusta, y la estimación queda sesgada hacia ese valor. En el enunciado no hay ningún valor de partida.
2. La facilidad para recordar los casos recientes de TEPT dispara la probabilidad estimada, que es el heurístico de disponibilidad.
3. La representatividad consiste en juzgar la probabilidad de que un ejemplar pertenezca a una categoría por cuánto se parece a su prototipo. El error del residente nace de cuántos casos recuerda, no de lo mucho que un paciente concreto se parezca al prototipo del TEPT.
4. El manual no trata la simulación como un heurístico aparte. La facilidad para imaginar situaciones aparece como uno de los sesgos del propio heurístico de accesibilidad, y el residente recuerda casos que ha visto, sin imaginar escenarios.

Ojo. Ninguna de las dos referencias oficiales, Moya Santoyo y Georgieva (2014) y Carretero y Asensio (2004), está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con González Labra (2019), cap. 6, que llama al heurístico «de accesibilidad». El PDF del corpus no conserva la numeración impresa, así que se cita el capítulo sin página.

Para fijarlo. Lo último que has visto es lo primero que te viene a la cabeza, y por eso te parece más frecuente de lo que es.

REFERENCIA OFICIAL: Moya Santoyo, J. y Georgieva Kostova, E. (2014). Psicología del pensamiento. Síntesis. Págs. 60-62. Carretero, M. y Asensio, M. (2004). Psicología del pensamiento. Alianza. Págs. 104 y 111-114.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 146, PIR 2019 · n.º 7, PIR 2023 · n.º 8, PIR 2023 · n.º 196

5 PSICOLOGÍA BÁSICA

I9 · Motivación

Respuesta correcta: 2

Según la teoría motivacional del proceso oponente de Solomon y Corbit (1973, 1974), tras la exposición prolongada a un estímulo ¿qué procesos se producen?:

1 Proceso primario y proceso secundario, ambos de similar intensidad.

2 Proceso A, en respuesta al estímulo y proceso B, que genera una reacción opuesta. ✓

3 Proceso A, proceso B y proceso de homeostasis, que equilibra a ambos.

4 Proceso primario, proceso general y proceso sumatorio, de intensidades diferentes.

El proceso a responde al estímulo y el proceso b genera la reacción contraria

Domjan presenta la teoría motivacional del **proceso oponente** de Solomon y Corbit como una **teoría homeostática**, porque los mecanismos que controlan las emociones sirven para mantener la estabilidad y minimizar los altibajos. Un estímulo activador de la emoción provoca el **proceso primario o proceso a**, responsable de la calidad del estado emocional en presencia del estímulo (por ejemplo, felicidad). El proceso a provoca a su vez el **proceso oponente o proceso b**, que genera la reacción emocional opuesta (por ejemplo, irritabilidad y disforia) y que se rezaga respecto al primero. Con la exposición prolongada, el proceso b **se fortalece**: se activa antes, alcanza más intensidad y decae más despacio, de modo que la respuesta primaria casi desaparece mientras está el estímulo y la reacción posterior al retirarlo se hace más fuerte.

1. La teoría no plantea dos procesos de intensidad parecida. Al principio el proceso b no basta para contrarrestar el a, y con la exposición repetida es el b el que crece.
2. Son los dos procesos de la teoría: el a responde al estímulo y el b, activado por el a, genera la reacción emocional opuesta.
3. La homeostasis es la función que cumple el sistema, no un tercer proceso. La estabilidad emocional se consigue porque el proceso b contrarresta al a.
4. Procesos «general» y «sumatorio» no aparecen en la teoría, que solo describe un proceso primario y uno oponente.

EL PROCESO OPONENTE AL INICIO Y TRAS LA EXPOSICIÓN PROLONGADA

	Exposición inicial	Exposición prolongada
Proceso a	Ocurre sin oposición y alcanza muy pronto su punto más alto	La respuesta emocional primaria es casi invisible mientras está presente el estímulo
Proceso b	Se activa luego, pero no es lo bastante fuerte como para contrarrestar del todo la respuesta emocional primaria	Se fortalece con la exposición repetida: se activa más pronto, su intensidad máxima se hace más grande y decae más lentamente
Al retirar el estímulo	Se hacen evidentes las respuestas emocionales características del proceso oponente	La reacción afectiva posterior es muy fuerte

Fuente: Domjan (2010), cap. 2, págs. 61-62

Ojo. La segunda referencia oficial aparece en la lista del Ministerio como «Cantero, F. P. et al.», pero es el manual coordinado por Francesc Palmero (2011). En la pág. 91 lo resume como una explicación homeostática en la que los estados placenteros y aversivos se oponen mediante mecanismos nerviosos.

Para fijarlo. Con la costumbre, el placer (a) se apaga y la resaca (b) crece, y por eso la teoría sirve para explicar la dependencia.

REFERENCIA OFICIAL

Domjan, M. (2011). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage. Cap. 2, págs. 60-61. Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Pág. 91.

EN EL ATLAS

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

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina al proceso de condicionamiento en el cual el estímulo incondicionado (EI) no se presenta hasta que no ha transcurrido cierto tiempo desde la terminación del estímulo condicionado (EC)?:

1 Condicionamiento de demora.

2 Condicionamiento simultáneo.

3 Condicionamiento de huella. ✓

4 Condicionamiento hacia atrás.

Si el EI llega cuando el EC ya ha terminado, el condicionamiento es de huella

El enunciado copia casi literalmente la definición del manual de la UNED. En el **condicionamiento de huella** el EI no se presenta hasta que ha transcurrido cierto tiempo desde la **terminación del EC**, de modo que entre el final del EC y el comienzo del EI queda un intervalo llamado **intervalo de huella**. El nombre viene de la idea de que lo que se empareja con el EI es una **«huella» neural del EC** más que el EC en sí. Consigue un buen nivel de condicionamiento, pero empeora a medida que se alarga el intervalo de huella. Domjan lo describe igual: comparte con la demora corta que el EC va primero y el EI después, pero deja una brecha entre ambos.

1. En el condicionamiento de demora el EC continúa presente al menos hasta que aparece el EI, así que no hay ningún hueco entre los dos. Es el procedimiento más frecuente y el que suele dar mejor aprendizaje.
2. En el condicionamiento simultáneo el EC y el EI se presentan a la vez y duran lo mismo, por lo que el EC no anticipa el EI y la respuesta condicionada es escasa.
3. Hay un intervalo entre el final del EC y el comienzo del EI, el intervalo de huella.
4. En el condicionamiento hacia atrás se invierte el orden: primero el EI y después el EC. Suele llevar a que el EC funcione como señal de «no EI», es decir, como estímulo inhibitorio.

PROCEDIMIENTOS DE CONDICIONAMIENTO CLÁSICO SEGÚN LA RELACIÓN TEMPORAL EC-EI

Procedimiento	Relación entre EC y EI	Resultado
Demora	El EC continúa presente al menos hasta que aparece el EI	El más frecuente y el que obtiene mejor aprendizaje
Huella	El EI no se presenta hasta que ha transcurrido cierto tiempo desde la terminación del EC (intervalo de huella)	Buen nivel de condicionamiento, pero empeora a medida que aumenta el intervalo de huella
Simultáneo	El EC y el EI se presentan a la vez y tienen la misma duración	La RC obtenida es escasa, pero si se utilizan las pruebas adecuadas se revela una RC ante el EC
Hacia atrás	Presentación del EI seguido del EC	Mayoritariamente el sujeto trata al EC como una señal de «no EI» (estímulo inhibitorio)

Fuente: Pellón (coord.) (2014), cap. 2, figura 2.7, págs. 71-73

Ojo. La lista del Ministerio cita el manual de la UNED como «de Puga, R. P. S. et al.»; es Pellón Suárez de Puga, R. (coord.) (2014).

Para fijarlo. En la demora el EC espera al EI; en la huella el EC se va antes y solo queda su rastro.

REFERENCIA OFICIAL: Domjan, M. (2011). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage. Cap. 3, págs. 84-85. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Cap. 2, págs. 71-73.

EN EL ATLAS: Tema I4 · Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico. Se estudia con Pellón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 141

7 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 3

¿Según qué teoría se formarían nuevos conceptos mediante la abstracción de ciertas características que constituyen un prototipo?:

1 Teoría clásica de la formación de conceptos.

2 Modelos mixtos.

3 Teoría probabilística. ✓

4 Teoría del ejemplar.

Abstraer las propiedades típicas y formar un prototipo es el enfoque probabilístico

González Labra explica que las deficiencias del enfoque clásico dieron paso al **enfoque de las propiedades probabilísticas**. Según este enfoque, los conceptos no están formados por propiedades definitorias: las propiedades más comunes o típicas solo se dan en algunos ejemplares, y su conjunto recibe el nombre de **prototipo**, porque describe solo a los mejores ejemplares. El contenido del concepto es su prototipo, una especie de **tendencia central** de las propiedades de sus ejemplares (Posner y Keele, 1968). Los miembros de la categoría se relacionan por su **parecido familiar**, y la tipicidad de un ejemplar mide su semejanza con el prototipo.

1 El enfoque clásico, o de las propiedades definitorias, define el concepto por propiedades necesarias y suficientes. Choca con los efectos de tipicidad de Rosch, porque según él todos los ejemplares deberían ser iguales.

2 Los modelos mixtos son una postura conciliadora que intenta explicar cómo pueden coexistir las propiedades definitorias y las probabilísticas. Algunos combinan la representación de ejemplares con un nivel más abstracto que corresponde al prototipo, pero la idea de que el contenido del concepto es un prototipo abstraído de las propiedades típicas pertenece al enfoque probabilístico.

3 El enfoque probabilístico forma el concepto con las propiedades típicas, cuyo conjunto es el prototipo.

4 El enfoque de los ejemplares supone que se representan todos los ejemplares y que la abstracción necesaria para formar la categoría ocurre en el momento mismo de la recuperación. No hay un prototipo abstraído de antemano.

Ojo. La primera referencia oficial (Cerezo, F. G., 2011, UOC) no está en el corpus del Atlas; probablemente es el manual coordinado por Gabucio Cerezo. La respuesta se sostiene con González Labra (2019), cap. 3. El PDF del corpus no conserva la numeración impresa, así que se cita el capítulo sin página.

Para fijarlo. Prototipo es promedio: el enfoque probabilístico resume la categoría en su mejor ejemplar imaginario.

REFERENCIA OFICIAL: Cerezo, F. G. (2011). Psicología del pensamiento. Editorial UOC. Pág. 69. González Labra, M. J. (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Pág. 59.

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

8 PSICOLOGÍA BÁSICA

I10 · Emoción

Respuesta correcta: 3

Hoy te sientes triste y tienes que estudiar el tema de la depresión y sus síntomas. Observas que tu rendimiento al memorizar este contenido es mayor que otros días. ¿Qué mecanismo podría explicar este efecto?:

1 Memoria dependiente del humor.

2 Carga afectiva del material a recordar.

3 Memoria congruente con el humor. ✓

4 Lo emocional no influye en la memoria.

Triste se aprende mejor lo triste: memoria congruente con el humor

Mejora el aprendizaje de un material de tono negativo (la depresión) cuando la persona está triste. Los dos manuales oficiales lo llaman **memoria congruente con el humor** o con el estado de ánimo, porque hay **coincidencia entre el tono afectivo del contenido y el estado de ánimo** de la persona. Fernández-Abascal distingue dos fenómenos dentro de ella, la **codificación congruente**, al fijar la información, y el recuerdo congruente, al evocarla, y el enunciado describe el primero. Así, según el manual, **aprendemos mejor el material de tono negativo cuando estamos melancólicos** que cuando nos sentimos dichosos. Palmero lo formula igual: el rendimiento es mayor cuando el material, a la entrada o a la salida, tiene una cualidad afectiva que coincide con el humor del momento.

1 En la memoria dependiente del humor el estado emocional funciona como clave de recuperación: se recuerda mejor lo aprendido en un estado de ánimo parecido al del momento del recuerdo, y eso con independencia del tono afectivo del material. En el enunciado se compara el humor con el contenido, y no el humor del estudio con el del recuerdo.

2 El material tiene carga afectiva, pero lo que explica la mejora es que ese tono negativo coincide con la tristeza de la persona. Los manuales no presentan la carga afectiva del material, por sí sola, como el mecanismo de este efecto.

3 El tono del contenido coincide con el estado de ánimo durante el aprendizaje, que es la codificación congruente con el humor.

4 Palmero subraya lo contrario: el afecto forma parte inseparable del modo en que una persona almacena, selecciona y recupera la información.

EMOCIÓN Y MEMORIA SEGÚN FERNÁNDEZ-ABASCAL

Fenómeno	En qué consiste
Codificación congruente	Coincidencia entre el tono afectivo del contenido y el estado de ánimo durante la fijación de la información en la memoria
Recuerdo congruente	Coincidencia entre el tono afectivo del contenido y el estado de ánimo durante la evocación o recuperación
Memoria dependiente del estado de ánimo	El estado emocional actúa como una clave de recuperación que facilita el recuerdo de contenidos aprendidos en un estado de ánimo similar

Fuente: Fernández-Abascal et al. (2010), cap. 4, pág. 207

Para fijarlo. Congruente mira el contenido; dependiente mira el momento. Si el material «suena» como tu humor, es congruente.

REFERENCIA OFICIAL

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A. y Gorayeb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. Pág. 231. 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, págs. 207-208.

EN EL ATLAS

Tema I10 · Emoción. Se estudia con Palmero (Base) y Fernández-Abascal Emoción (Ampliación).

9 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 3

¿Qué método es utilizado para evaluar el funcionamiento diferencial de los ítems (DIF)?:

1 Samejima.

2 Análisis de distractores.

3 Mantel-Haenszel. ✓

4 Regresión múltiple jerárquica.

Mantel-Haenszel es el método más utilizado para detectar el funcionamiento diferencial de los ítems

Muñiz expone cinco técnicas estadísticas típicas para detectar el **funcionamiento diferencial de los ítems (FDI o DIF)**: la χ^2 de los aciertos, la χ^2 global, el método delta, **Mantel-Haenszel** y el índice de estandarización. De Mantel-Haenszel dice que, por su **sencillez de cálculo** y sus buenos resultados, es **el más utilizado en la actualidad**; Holland propuso aplicarlo al FDI y puede verse como una extensión natural de los métodos de χ^2. Según esta lógica, un ítem no presenta funcionamiento diferencial si el **cociente entre quienes lo aciertan y quienes lo fallan es el mismo en el grupo de referencia y en el focal** dentro de cada nivel de puntuación del test. Martínez Arias lo recoge también entre los procedimientos más utilizados, como razón de plausibilidades (odds) de Mantel-Haenszel.

1. Samejima aparece en Muñiz como el autor que extendió los modelos de la teoría de respuesta a los ítems a los ítems politómicos y de respuesta no dicotómica. No figura entre los métodos de detección del FDI.
2. El análisis de distractores no es por sí mismo un método de FDI. Martínez Arias menciona que el método de estandarización puede repetirse con cada distractor para estudiar su funcionamiento diferencial (DAF), pero eso es una aplicación de un método de FDI, no el método.
3. Es el método más utilizado para evaluar el FDI según Muñiz.
4. La regresión múltiple jerárquica no aparece entre los métodos que exponen los manuales. Muñiz solo menciona la regresión logística entre otras técnicas, y las técnicas externas que comparan rectas de regresión de un criterio, hoy poco utilizadas.

Ojo. La lista del Ministerio cita Martínez Arias et al. (2007), Alianza; en el corpus está la edición de Síntesis (2006) de la misma obra, donde el método aparece en el cap. 14.

Para fijarlo. Mantel-Haenszel compara el cociente aciertos/errores de los dos grupos nivel a nivel, y si coincide en todos no hay FDI.

REFERENCIA OFICIAL: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 4, pág. 168. Martínez Arias, R. et al. (2007). Psicometría. Alianza. Págs. 385-390.

EN EL ATLAS: Tema L19 · Construcción del test y teoría clásica de los tests. Se estudia con Muñiz (Base).

10 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 1

Respecto a la función de información de un ítem en la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), considerando los modelos de 1 y 2 parámetros:

1. Su valor es máximo cuando θ coincide exactamente con el parámetro de dificultad estimado. ✓
2. Su magnitud permanece constante para cualquier valor posible de θ dentro de la escala.
3. Su resultado numérico equivale directamente al error típico de medida.
4. Se obtiene a partir de la pendiente de la curva característica y de la probabilidad acumulada de la distribución normal estándar.

En los modelos de uno y dos parámetros, el ítem informa al máximo cuando θ = b

Muñiz lo dice en una línea. En los **modelos logísticos de uno y dos parámetros**, la información que aporta un ítem es **máxima para θ = b**, es decir, cuando el nivel de la persona coincide con la **dificultad** del ítem. En el de tres parámetros el máximo se desplaza algo por encima de b por efecto del parámetro c. La **función de información** (FI) es la **inversa de la varianza de los errores de estimación** de θ para cada nivel: cuanto mayor es la información, menor es el error típico de estimación y más precisa la medida. Por eso la FI de un ítem o de un test es una curva que cambia con θ y sirve para elegir los ítems que mejor miden en la zona del rasgo que interesa.

1. Es literal del manual: en los modelos logísticos de uno y dos parámetros la información es máxima para θ = b.
2. La FI no es constante. Se representa como una curva que alcanza su máximo en una zona de θ y decae fuera de ella, y por eso un test puede informar mucho en torno a 1,5 y otro en torno a −1.
3. La FI está relacionada con el error típico de estimación, pero no equivale a él: es la inversa de su varianza, de modo que el error típico es la inversa de la raíz cuadrada de la información. A más información, menos error.
4. La fórmula general de Birnbaum divide el cuadrado de la derivada de la curva característica, es decir, de su pendiente, entre P(θ)Q(θ). Hasta ahí la opción acierta. Pero el manual desarrolla la fórmula para los modelos logísticos, en los que no interviene la probabilidad acumulada de la normal tipificada; esa función solo define la curva en los modelos de ojiva normal, que hoy se usan poco.

Ojo. La opción 4 no es del todo falsa: la información se calcula con la derivada (la pendiente) de la curva característica, y en los modelos de ojiva normal esa curva es la normal acumulada (Muñiz, cap. 7, págs. 200 y 233-235). La opción 1 es la única que reproduce literalmente el manual para los modelos de uno y dos parámetros.

Para fijarlo. Con tres parámetros el máximo de información se desplaza algo por encima de b, por efecto del parámetro c.

REFERENCIA OFICIAL: Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, pág. 236. Martínez Arias, R. et al. (2007). Psicometría. Alianza. Pág. 178.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 225, PIR 2020 · n.º 7

11 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

Entre los diferentes índices de validez de un test diagnóstico, la eficacia del test se refiere a la:

1. Probabilidad de que el resultado del test sea positivo en una persona con el trastorno mental en comparación con una persona sin el trastorno.
2. Proporción de clasificaciones correctas respecto al total de personas evaluadas. ✓
3. Probabilidad de que el resultado del test sea positivo en una persona sin el trastorno mental en comparación con una persona con el trastorno.
4. Proporción de personas sin el trastorno mental correctamente identificadas con un resultado negativo en el test.

La eficacia del test es la proporción de clasificaciones correctas

Martínez Arias resume en su tabla 10.4 los índices de validez de un test de diagnóstico que se calculan comparándolo con un criterio estándar. La **eficacia del test**, también llamada **probabilidad de obtener resultados correctos**, responde a la pregunta de cuál es la proporción de personas evaluadas con las que el test acierta. Se calcula como **(A + D) / (A + B + C + D)**, es decir, los **verdaderos positivos más los verdaderos negativos** divididos por el total. En el ejemplo del manual con el CDI, 327 aciertos sobre 341 niños dan una eficacia de 0,9589.

1. Es, casi palabra por palabra, la cuestión a la que responde la razón de verosimilitud de un test positivo, que se calcula como sensibilidad / (1 − especificidad).
2. Es la definición de eficacia: aciertos (A + D) sobre el total de evaluados.
3. Reproduce la descripción que da la tabla para la razón de verosimilitud de un test negativo, que se calcula como (1 − sensibilidad) / especificidad.
4. Es la especificidad o tasa de verdaderos negativos: el grado en que el test excluye correctamente a quienes no tienen el trastorno, D / (B + D).

TABLA 10.4 DE MARTÍNEZ ARIAS: ÍNDICES DE VALIDEZ DE UN TEST DE DIAGNÓSTICO

Índice	Nombre alternativo	Cálculo
Sensibilidad	Tasa de verdaderos positivos	A / (A + C)
Especificidad	Tasa de verdaderos negativos	D / (B + D)
Valor predictivo positivo	Probabilidad post-test de un test positivo	A / (A + B)
Valor predictivo negativo	Probabilidad post-test de un test negativo	D / (C + D)
Eficacia del test	Probabilidad de obtener resultados correctos	(A + D) / (A + B + C + D)
Razón de verosimilitud de un test positivo	-	Sensibilidad / (1 − especificidad)
Razón de verosimilitud de un test negativo	-	(1 − sensibilidad) / especificidad

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

Ojo. El Ministerio cita la edición de Alianza (2007); en el corpus está la de Síntesis (2006) de la misma obra. Su PDF no conserva la numeración impresa, pero el índice sitúa el apartado 3.1 en la pág. 284 y el de las curvas ROC en la 288, de modo que la tabla 10.4 cae en la pág. 286, como dice la cita oficial.

Trampa. Las opciones 1 y 3 copian la redacción de las razones de verosimilitud de la misma tabla, y la 4 la de la especificidad. Es habitual que los distractores salgan de las filas vecinas de la tabla del manual.

Para fijarlo. En la tabla de 2 × 2, la eficacia suma la diagonal de aciertos (A + D) y la divide entre el total.

REFERENCIA OFICIAL — Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2007). Psicometría. Alianza. Cap. 10, págs. 286-287.

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 2024 · n.º 74

12

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 1

¿Qué técnica se utiliza para examinar si la distribución de los datos se ajusta a una distribución teórica (como la distribución normal)?:

1. La prueba de Kolmogorov-Smirnov. ✓
2. La prueba de Mauchly.
3. El test de rachas.
4. La prueba de Levene.

Para estudiar la forma de una distribución se usa la prueba de Kolmogorov-Smirnov

Pardo, Ruiz y San Martín clasifican los contrastes de hipótesis en su cuadro 8.1. Para una variable cuantitativa distinguen tres preguntas: el centro de la distribución (prueba T, Wilcoxon, signos), su dispersión (contraste sobre una varianza) y **su forma**, que se estudia con la **prueba de Kolmogorov-Smirnov sobre bondad de ajuste**. Comprobar si unos datos se ajustan a una distribución teórica como la normal es estudiar su forma. El manual base del Atlas, Maciá, la cita también entre las pruebas más utilizadas para probar la **normalidad**, junto con la ji cuadrado de Pearson y la prueba de Lilliefors.

1. Es la prueba de bondad de ajuste que el cuadro de Pardo asigna al estudio de la forma de la distribución.
2. La prueba de Mauchly contrasta la hipótesis de que la matriz de varianzas-covarianzas de las medidas repetidas es esférica. Sirve para el supuesto de esfericidad, no para la normalidad.
3. Maciá propone el test de rachas para probar la independencia de las observaciones.
4. El test de Levene, junto con las pruebas de Cochran y de Bartlett, sirve para probar la homocedasticidad, es decir, la igualdad de varianzas entre grupos.

Ojo. La primera referencia oficial (Martínez Arias et al., 2007, Métodos de investigación en psicología, EOS) no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Pardo, Ruiz y San Martín y con Maciá.

Para fijarlo. Un supuesto, una prueba: normalidad con Kolmogorov-Smirnov, homocedasticidad con Levene, independencia con rachas y esfericidad con Mauchly.

REFERENCIA OFICIAL
Martínez Arias, R. et al. (2007). Métodos de investigación en psicología. EOS. Págs. 106-107 y 116. Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2015). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 8, pág. 233.

EN EL ATLAS
Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Pardo I (Consulta). Maciá es Base del tema L16 · Comparación de más de dos grupos.

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 222

13 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L3 · La investigación cualitativa

Respuesta correcta: 4

El enfoque de métodos mixtos dentro de la investigación en psicología clínica permite:

1 Analizar las diferencias globales entre los grupos sin considerar los cambios intraindividuales a lo largo del tiempo, ya que el factor temporal se trata como variable independiente entre sujetos.

2 Examinar tanto los efectos principales del grupo y del tiempo como la interacción entre ambos, de modo que es posible determinar si los cambios temporales difieren según la condición experimental asignada.

3 Sustituir procedimientos cuantitativos tradicionales por análisis estadísticos avanzados que permiten interpretar la variabilidad de los datos en muestras reducidas y en entornos clínicos complejos.

4 Combinar estrategias cualitativas y cuantitativas en el mismo estudio, buscando integrar los hallazgos para lograr una comprensión más completa del fenómeno estudiado. ✓

Los métodos mixtos combinan lo cuantitativo y lo cualitativo en un mismo estudio

Quintanilla cierra su capítulo sobre el método científico con esta idea: la **aproximación multimétodo** y los **métodos mixtos**, entendidos como **complementariedad de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa**, estudian un mismo problema de investigación con distintas estrategias. Así se aprovechan las aportaciones de cada alternativa metodológica y se **compensan sus posibles limitaciones**. La opción 4 lo recoge al hablar de combinar ambas estrategias en un estudio e integrar los resultados para comprender mejor el fenómeno.

1 Describe un análisis de diseño, no un enfoque metodológico, y además lo hace mal: tratar el tiempo como un factor entre sujetos impide estudiar el cambio dentro de cada persona. Nada de esto tiene que ver con combinar métodos cualitativos y cuantitativos.

2 Describe un diseño mixto o de medidas parcialmente repetidas, que combina la estrategia intergrupos y la intrasujeto y permite estudiar el grupo, el tiempo y su interacción. Es un diseño experimental cuantitativo, no el enfoque de métodos mixtos.

3 Los métodos mixtos complementan lo cuantitativo con lo cualitativo, en lugar de sustituirlo por análisis más avanzados.

4 Es la complementariedad de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa que define los métodos mixtos.

Ojo. La referencia oficial (Martínez Arias et al., 2014, Métodos de investigación en psicología, EOS) no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Quintanilla et al. (2020), cap. 1, y el diseño mixto con Balluerka y Vergara (2002). El PDF de Quintanilla no conserva la numeración impresa, así que se cita el capítulo sin página.

Trampa. «Mixto» tiene dos sentidos en metodología. La opción 2 describe con precisión un diseño mixto (intergrupos e intrasujeto), y por eso atrae a quien solo recuerda la palabra.

Para fijarlo. Métodos mixtos mezclan números y palabras; diseños mixtos mezclan grupos distintos y medidas repetidas.

REFERENCIA OFICIAL: Martínez Arias, R. et al. (2014). Métodos de investigación en psicología. EOS. Págs. 247-250.

EN EL ATLAS: Tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación. Se estudia con Quintanilla (Base).

14 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 1

Un profesional de la psicología clínica desea evaluar la eficacia de un tratamiento de activación conductual en su hospital. Para ello, selecciona aleatoriamente una muestra de pacientes con depresión y se forman, también aleatoriamente, dos grupos: experimental y control activo. Tras recoger datos y comparar los grupos obtiene un resultado estadísticamente significativo (p = 0,001). ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

1. El valor p indica que, si en realidad no hubiera diferencias entre los grupos en la población (H0 cierta), la probabilidad de obtener una diferencia como la observada o mayor por azar sería de 0,1%. ✓
2. El valor p indica que, si en realidad no hubiera diferencias entre los grupos en la población (H0 cierta), la probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta sería de 0,1%.
3. El valor p indica que, si en realidad no hubiera diferencias entre los grupos en la población (H0 cierta), la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz sería de 99,9%.
4. El valor p indica que, si en realidad no hubiera diferencias entre los grupos en la población (H0 cierta), la probabilidad de que la diferencia encontrada sea clínicamente relevante sería de 99,9%.

El valor p es la probabilidad de un resultado igual o más extremo si H0 es verdadera

Pardo, Ruiz y San Martín definen el **nivel crítico** (valor p) como la **probabilidad asociada al estadístico del contraste cuando H0 es verdadera**, una **probabilidad condicional** que se obtiene después de efectuar el contraste. En un contraste bilateral es la probabilidad de los valores que están tan alejados de H0 como, al menos, el obtenido. Su tamaño informa del grado de compatibilidad entre H0 y los datos: si asumimos que H0 es verdadera, p es la probabilidad de encontrar un resultado **como el encontrado o más extremo**. Con p = 0,001, si no hubiera diferencias en la población, solo en un 0,1 % de las muestras aparecería una diferencia igual o mayor. Maciá lo formula del mismo modo.

1. Es la definición del manual: la probabilidad, siendo H0 cierta, de obtener un resultado igual o más extremo que el observado.
2. El valor p se calcula suponiendo que H0 es verdadera, así que no puede expresar la probabilidad de que H0 sea cierta. Es una probabilidad de los datos dada H0, no de H0 dados los datos.
3. Tampoco informa de la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz. El nivel crítico solo mide el grado de compatibilidad entre H0 y los datos.
4. El manual advierte de que un resultado estadísticamente significativo no es necesariamente relevante desde un punto de vista teórico o aplicado, y de que el nivel crítico no sirve como medida del tamaño del efecto, porque depende del tamaño de la muestra.

Ojo. La segunda referencia oficial (Martínez Arias et al., 2014, Métodos de investigación en psicología, EOS) no está en el corpus del Atlas.

Trampa. Las cuatro opciones empiezan igual («si en realidad no hubiera diferencias… (H0 cierta)»), de modo que solo cambia lo que se dice que mide la probabilidad. Las tres falsas convierten el valor p en la probabilidad de una hipótesis o en una medida de relevancia.

Para fijarlo. El valor p habla de los datos suponiendo H0, nunca de H0 a la vista de los datos.

REFERENCIA OFICIAL Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2015). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 8, apéndice 8, págs. 234-235. Martínez Arias, R. et al. (2014). Métodos de investigación en psicología. EOS. Págs. 104-106.

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

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 43, PIR 2023 · n.º 16, PIR 2024 · n.º 75

15 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 4

¿Qué técnica de análisis multivariado tiene como propósito fundamental la búsqueda de una estructura de constructos latentes, a partir de las correlaciones entre las variables observadas?:

1 Análisis discriminante múltiple.

2 Análisis de conglomerados jerárquicos.

3 Regresión logística multinomial.

4 Análisis factorial. ✓

El análisis factorial busca constructos latentes a partir de las correlaciones

El enunciado reproduce casi literalmente a Martínez Arias. Al comparar las dos aproximaciones actuales al análisis factorial, el manual dice que el **análisis factorial exploratorio (AFE)** tiene como propósito fundamental **la búsqueda de una estructura de dimensiones o constructos latentes a partir de las correlaciones entre las variables observadas**. No presupone un número de factores ni relaciones previas entre variables y factores. El **análisis factorial confirmatorio (AFC)** comparte la finalidad y pertenece también al modelo lineal general, pero suele usarse para poner a prueba un modelo establecido a priori más que para explorar.

1 El análisis discriminante elabora funciones con variables predictoras para clasificar a las personas en categorías establecidas de antemano, maximizando los aciertos. Clasifica, no busca constructos latentes.

2 El análisis de cluster forma conglomerados de personas, o de variables, semejantes entre sí según una medida de similitud. Muñiz reconoce que, aplicado a variables, se parece en el objetivo al análisis factorial, pero lo que obtiene son grupos, no factores latentes.

3 En Martínez Arias la regresión logística aparece como un procedimiento paramétrico para detectar el funcionamiento diferencial de los ítems, no como técnica de búsqueda de constructos latentes. La versión multinomial no se trata en los manuales del corpus.

4 Es la definición del análisis factorial exploratorio.

Ojo. El Ministerio cita la edición de Alianza (2007); el corpus tiene la de Síntesis (2006), y el índice confirma que el apartado de las aproximaciones actuales al análisis factorial está en la pág. 319.

Para fijarlo. Factorial explora lo que hay debajo de las correlaciones; discriminante clasifica en grupos que ya existen; cluster crea grupos nuevos.

REFERENCIA OFICIAL: Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, M. J. y Hernández Lloreda, M. V. (2007). Psicometría. Alianza. Cap. 12, pág. 319.

EN EL ATLAS: Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Martínez Arias (Ampliación) y Muñiz (Base).

16 MARCO PROFESIONAL

G5 · Confidencialidad y consentimiento en salud mental infanto-juvenil

Respuesta correcta: 2

Un psicólogo clínico atiende en primera consulta a una niña de 7 años cuyos progenitores, divorciados, ostentan su patria potestad. No obstante, el psicólogo clínico es conocedor de que el padre cumple una sentencia condenatoria (orden de alejamiento) por maltrato hacia la madre. ¿Cómo deberá proceder el profesional para recabar el consentimiento informado (CI)?:

1. Deberá obtener el CI de ambos progenitores y citar alternativamente a uno y otro en sesión.
2. Será suficiente con obtener el CI de la madre e informar al padre, con independencia de que el padre conserve la patria potestad. ✓
3. Deberá obtener el CI del adulto acompañante en primera consulta, siempre que dicho adulto esté vinculado por razones de parentesco de primer o segundo grado, ya que en casos de progenitores que cumplen sentencias condenatorias prima el beneficio de la menor.
4. Los servicios de salud mental de la red pública están exentos de obtener el CI de los progenitores en casos de menores expuestos a violencia de género.

Si un progenitor está condenado por atentar contra el otro, basta el consentimiento de este y se informa al primero

La regla general con progenitores divorciados es que los dos titulares de la **patria potestad** conozcan la asistencia del menor y consientan ambos; si no, se pospone la intervención salvo urgencia. Pastor y del Río recogen la excepción que introdujo el **Real Decreto-ley 9/2018**, de medidas urgentes del Pacto de Estado contra la violencia de género, al modificar el **artículo 156 del Código Civil**. Dictada una sentencia condenatoria, y mientras no se extinga la responsabilidad penal, o iniciado un procedimiento penal contra un progenitor por atentar contra el otro progenitor o contra los hijos comunes, **bastará el consentimiento del otro progenitor** para la atención psicológica de los hijos menores, y el condenado **debe ser informado previamente**. La asistencia psicológica queda así fuera de los actos que exigen decisión común en el ejercicio de la patria potestad.

1. Es la regla general para progenitores divorciados, pero la reforma del artículo 156 la deja sin efecto cuando uno de ellos ha sido condenado por atentar contra el otro. No hace falta el consentimiento del padre.
2. Es lo que dispone el nuevo párrafo del artículo 156: basta el consentimiento de la madre y el padre debe ser informado previamente, aunque conserve la patria potestad.
3. El consentimiento lo da el otro progenitor, no cualquier adulto acompañante con parentesco. El manual insiste además en que el clínico debe comprobar con documentación quién ostenta la patria potestad.
4. La excepción no depende de que el servicio sea público ni exime de todo consentimiento: sigue haciendo falta el de la madre y hay que informar al padre.

Ojo. La norma añade que, si la asistencia se presta a hijos mayores de dieciséis años, hará falta en todo caso su consentimiento expreso. Aquí la niña tiene 7 años.

Para fijarlo. Por regla general consienten los dos progenitores; si uno ha sido condenado o procesado por atentar contra el otro o contra los hijos, basta el consentimiento del otro y se informa al condenado.

REFERENCIA OFICIAL: 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. 6, págs. 92-93.

EN EL ATLAS: Tema G5 · Confidencialidad y consentimiento en salud mental infanto-juvenil. Se estudia con Pastor (Base).

17 MARCO PROFESIONAL

G3 · Privacidad y confidencialidad

Respuesta correcta: 4

Una psicóloga clínica en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud es citada a declarar como testigo-perito ante un tribunal, en relación con un procedimiento penal abierto contra uno de sus pacientes. ¿Cómo debe proceder?:

1 No acudiendo a declarar ante el tribunal, ya que el secreto profesional la exime.

2 Acudiendo al tribunal, pero negándose a declarar aduciendo que la historia clínica de salud mental contiene datos de terceros y apreciaciones subjetivas

3 Realizando un peritaje previo a la declaración, ya que debe fundamentar la información que proporcione al tribunal en una evaluación psicológica específica.

4 Acudiendo al tribunal, aclarando que sus conclusiones se derivan de la actividad clínica y asistencial mantenida con el paciente. ✓

Ante el tribunal se acude y se declara, aclarando que se habla como clínico y no como perito

Pastor y del Río tratan esta situación entre los límites del secreto profesional. Cuando un tribunal solicita nuestra declaración, psiquiatras y psicólogos clínicos tenemos la **obligación de acudir y de contestar a cuantas preguntas se nos formulen**. Eso no impide ser **cautos** con la información que se da y **dejar claro que no actuamos como peritos**: nuestras conclusiones técnicas se derivan de la **actividad clínico-asistencial** con el paciente y no de un peritaje.

1 El secreto profesional no exime de acudir. El manual afirma que existe la obligación de presentarse ante los tribunales.

2 Tampoco cabe negarse a declarar, porque hay que contestar a cuantas preguntas se formulen. Lo que sí recoge el metacódigo de la EFPA es que al sistema legal se le da solo la parte relevante de la información, dejando fuera la de terceros y las apreciaciones subjetivas de la historia clínica. Eso limita lo que se aporta, no exime de declarar.

3 La psicóloga no actúa como perito, así que no tiene que hacer un peritaje previo. Sus conclusiones vienen de la asistencia clínica.

4 Es la pauta del manual: acudir, declarar y aclarar que las conclusiones proceden de la actividad clínico-asistencial y no de un peritaje.

Trampa. La opción 2 mezcla una idea cierta del manual (no aportar datos de terceros ni apreciaciones subjetivas) con una conclusión falsa (negarse a declarar).

Para fijarlo. Al juzgado se va siempre, pero con la bata de clínico, no con la de perito.

REFERENCIA OFICIAL: 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. 4, pág. 51.

EN EL ATLAS: Tema G3 · Privacidad y confidencialidad. Se estudia con Pastor (Base).

18 MARCO PROFESIONAL

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

Respuesta correcta: 1

En la sala de espera de una psicóloga clínica, dos pacientes comentan sus respectivos seguimientos. Uno de ellos señala que su psicóloga le cita cada dos semanas, mientras que el otro indica que sus revisiones son cada seis meses. Teniendo en cuenta el principio bioético de justicia, ¿cómo debería interpretarse la actuación de la profesional?

1. Es adecuada, ya que ajustar la frecuencia de las citas en función de las necesidades clínicas de cada paciente constituye una aplicación del principio de justicia entendido como equidad en el trato. ✓
2. Es inadecuada, porque el principio de justicia obliga a tratar a todos los pacientes con la misma periodicidad.
3. Es adecuada, ya que la profesional opta por beneficiar al 50% de sus pacientes, asegurando la paridad de este modo.
4. Es inadecuada, porque la asignación de citas es una cuestión administrativa y no debe depender de criterios clínicos o profesionales

Justicia es equidad: dar a cada paciente lo que necesita para recuperar la salud

Pastor y del Río presentan los cuatro principios de la bioética de **Beauchamp y Childress** (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia). La **justicia** es la **imparcialidad en el reparto de costes y beneficios** y también se llama **principio de equidad**: los pacientes tienen derecho a ser tratados con respeto frente a cualquier otro, **sin atenciones deferentes ni privaciones distintivas** de las opciones evaluativas o terapéuticas que necesitan para recuperar la salud. Ajustar la frecuencia de las citas a la necesidad clínica de cada paciente aplica esa equidad, porque nadie recibe más ni menos de lo que su recuperación requiere.

1. Ajustar la periodicidad a la necesidad clínica es tratar con equidad, que es como el manual define la justicia.
2. Confunde equidad con uniformidad. La justicia pide imparcialidad en el reparto según lo que cada paciente necesita para recuperar la salud, no la misma pauta para todos.
3. Beneficiar a la mitad de los pacientes sería una atención deferente con unos y una privación para otros, lo contrario de la equidad.
4. Las decisiones sobre las opciones terapéuticas que necesita cada paciente son clínicas. Convertirlas en un trámite administrativo ajeno a la necesidad del paciente no protege la equidad que exige el principio.

Para fijarlo. Cuatro principios de Beauchamp y Childress (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), y el último se llama también principio de equidad.

REFERENCIA OFICIAL: 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, pág. 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 2024 · n.º 11

19 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 4

Durante la entrevista que se realiza en el proceso de una evaluación psicológica, la empatía es una habilidad básica y necesaria. ¿Cuál de las siguientes alternativas es correcta en relación con el uso de esta habilidad?:

1. La empatía cognitiva hace referencia a la habilidad de sentir con el otro conservando la propia identidad y objetividad.
2. La autorrevelación no es un recurso indicado para transmitir empatía debido a los efectos negativos que puede producir en el paciente.
3. La compasión no ayuda a establecer el rapport necesario para iniciar el proceso de intervención.
4. El terapeuta que transmite pocas autorrevelaciones al paciente puede añadir distancia entre los dos y en el rol que se establece. ✓

El psicólogo que se revela poco puede añadir distancia en la relación

Moreno Rosset y Ramírez Uclés tratan la **empatía** como una actitud básica de la entrevista inicial y enumeran los recursos para transmitirla. Uno de ellos es la **autorrevelación**, en la que el psicólogo comparte sus propias vivencias. La experiencia indica que una **cantidad moderada** tiene efectos positivos, y el manual da tres reglas: la **extensión**, la duración y el uso o profundidad. Sobre la extensión dice que quien transmite autorrevelaciones puede estrechar la relación y aumentar la estima del paciente, mientras que **el que revela poco puede añadir distancia entre los dos y en el rol que se establece**. Es la opción 4.

1. Esa es la definición de la empatía afectiva: sentir con el otro conservando la propia identidad y objetividad. La empatía cognitiva consiste en percibir el mundo desde el punto de vista del otro.
2. El manual incluye la autorrevelación entre los recursos específicos para transmitir empatía. Lo que advierte es que revelar demasiado puede hacer que el psicólogo parezca indiscreto o necesitado de ayuda, no que sea un recurso desaconsejado.
3. Según el texto, la empatía y la compasión ayudan a establecer el rapport y a obtener información del paciente.
4. Es la regla de la extensión de las autorrevelaciones, casi palabra por palabra.

Trampa. La opción 1 cambia la etiqueta: atribuye a la empatía cognitiva la definición que el manual da de la afectiva.

Para fijarlo. Autorrevelación con medida, porque poca aleja y demasiada hace parecer al psicólogo indiscreto o necesitado de ayuda.

REFERENCIA OFICIAL: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, págs. 192-193.

EN EL ATLAS: Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 151, PIR 2024 · n.º 100

20

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E2 · El proceso de evaluación psicológica

Respuesta correcta: 1

La formulación de caso en evaluación psicológica:

1. Se puede definir como una hipótesis explicativa fundamentada en teoría que organiza la información para planificar y dirigir el tratamiento y evaluar el cambio. ✓
2. Tiene como objetivo principal ordenar datos y orientar el diagnóstico por lo que conviene utilizarla sólo como esquema interno del terapeuta.
3. Constituye el objetivo central de la evaluación, se elabora al inicio y se mantiene esencialmente estable durante el proceso psicoterapéutico.
4. En un enfoque integrador se limita a describir los síntomas actuales en su contexto y no debe incluir diagnóstico psiquiátrico, porque formulación y diagnóstico son incompatibles.

La formulación es una hipótesis basada en la teoría que guía la intervención y se revisa

Johnstone y Dallos reúnen varias definiciones de **formulación** y concluyen que todas tienen algo en común: una formulación suministra una **hipótesis sobre las dificultades de una persona** que se apoya en la **teoría psicológica**. Es el eje que une la teoría y la práctica. Todas las formulaciones resumen los problemas principales, los relacionan entre sí con principios psicológicos, sugieren por qué aparecieron, **dan origen a un plan de intervención** y **están abiertas a la revisión y la reformulación**. Desde la TCC, Tarrier y Calam añaden que se emplea para informar el tratamiento identificando los objetivos clave del cambio. Es lo que resume la opción 1.

1. Recoge los rasgos comunes de las formulaciones: hipótesis basada en la teoría, organización de la información y guía de la intervención.
2. El manual no la reduce a ordenar datos para el diagnóstico ni a un esquema privado del terapeuta. Insiste en que se construye de forma colaborativa con los usuarios y con los equipos, y en que conviene expresarla en lenguaje corriente y ofrecerla de manera aproximativa.
3. La formulación se revisa a lo largo de la terapia. Además de un acontecimiento, es un proceso recurrente de sugerencia, debate, reflexión, retroalimentación y revisión, y el manual pide estar constantemente abierto a reformular.
4. Formulación y diagnóstico no son incompatibles. Para Turkat se complementan, para Aveline tienen funciones distintas y complementarias, y Muñoz defiende la convivencia de los enfoques clasificatorios y la formulación clínica del caso.

> **Para fijarlo.** La formulación se construye con el paciente, convive con el diagnóstico y se reformula a lo largo de la terapia.

REFERENCIA OFICIAL Johnstone, L. y Dallos, R. (2017). La formulación en la psicología y la psicoterapia. Desclée de Brouwer. Cap. 1, págs. 32-33; cap. 12, págs. 422-423 y 438-441. Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Síntesis. Págs. 46, 193 y 202-203.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 24

21 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E4 · La entrevista

Respuesta correcta: 3

En el contexto de una entrevista psicológica, ¿qué son los sondeos o pruebas?:

1 Son preguntas que interrogan al entrevistado sobre la justificación de sus acciones.

2 Son una técnica de entrevista verbal no directiva.

3 Son preguntas que animan al entrevistado a expresar sus ideas o sentimientos sobre un problema que ha verbalizado. ✓

4 Son preguntas que ayudan al entrevistado a darse cuenta de las incongruencias de lo que dice o siente.

El sondeo es una pregunta abierta sobre un problema que el entrevistado ya ha expresado

Moreno Rosset y Ramírez Uclés describen el **sondeo o prueba** como la primera de las **respuestas de acción**, las técnicas de entrevista **verbales directivas** más útiles en la entrevista de comprobación de hipótesis. Es una pregunta sobre el problema del entrevistado que lo anima a elaborar su propia opinión, expresando sus sentimientos o ideas sobre ese problema. Es una **pregunta abierta sobre algo que ya ha expresado** el cliente, y no nace de la curiosidad del terapeuta. Cormier y Cormier la llaman «prueba». Suele empezar por «qué», «cómo», «cuándo», «dónde» o «quién».

1 El manual aconseja no usar el «por qué» en los sondeos, porque indica una obligatoriedad o justificación que puede coaccionar al entrevistado.

2 El sondeo figura entre las técnicas verbales directivas, las respuestas de acción, junto con la confrontación y la interpretación. Las no directivas son las respuestas de escucha: clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis.

3 Es la definición del manual: una pregunta abierta que anima a expresar ideas o sentimientos sobre un problema ya verbalizado.

4 Ayudar a darse cuenta de las incongruencias de lo que dice o siente es la definición de la confrontación.

Trampa. La opción 4 es la definición de la técnica vecina, la confrontación, que el manual explica justo después.

Para fijarlo. Sondear es preguntar «qué, cómo, cuándo, dónde, quién» sobre lo que el paciente ya ha contado; nunca «por qué».

REFERENCIA OFICIAL

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 5, pág. 210.

EN EL ATLAS

Tema E4 · La entrevista. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

22 PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes pruebas NO está incluida en la Batería cognitiva de consenso MATRICS (MCCB)?:

1 Trail Making Test (Parte B) ✓

2 Regulación emocional del Test de inteligencia emocional Mayer- Salovey-Caruso (MSCEIT).

3 Laberintos de la Neuropsychological Assessment Battery (NAB)

4 Fluidez verbal semántica (animales)

La MATRICS usa la parte A del Trail Making Test, no la B

Fonseca-Pedrero explica que la **Batería cognitiva de consenso MATRICS** nació por iniciativa del NIMH para estudiar los fármacos dirigidos a mejorar la función neurocognitiva en la esquizofrenia. Un comité de expertos acordó seis dominios (velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, y razonamiento y solución de problemas), y en 2003 se añadió la **cognición social** por su relación con el pronóstico funcional. La versión final tiene **diez pruebas**. Para la velocidad de procesamiento incluye el **Trail Making Test-Parte A**, junto con la codificación de símbolos de la BACS y la fluidez verbal semántica de animales. La **parte B** no forma parte de la batería.

1. La batería incluye el Trail Making Test, pero solo su parte A, dentro de la velocidad de procesamiento. La parte B no está entre las diez pruebas.
2. La regulación emocional del MSCEIT es la prueba de cognición social de la batería.
3. Los laberintos de la NAB miden el razonamiento y la solución de problemas.
4. La fluidez verbal semántica con animales es una de las tres pruebas de velocidad de procesamiento.

DOMINIOS Y PRUEBAS DE LA BATERÍA DE CONSENSO MATRICS

Dominio	Pruebas
Velocidad de procesamiento	Codificación de símbolos de la BACS; Trail Making Test-Parte A; fluidez verbal semántica: animales
Atención/vigilancia	Continuous Performance Test-Identical Pairs (CPT-IP)
Memoria de trabajo	Spatial Span de la Escala de memoria Wechsler-III; Letter-Number Span (LNS)
Aprendizaje y memoria verbal	Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R)
Aprendizaje y memoria visual	Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R)
Razonamiento y solución de problemas	Laberintos de la Neuropsychological Assessment Battery (NAB)
Cognición social	Regulación emocional del Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)

Fuente: Fonseca-Pedrero (2018), cap. 5, pág. 189

Ojo. La segunda referencia oficial, Rodríguez-Jiménez et al. (2012), Revista de Neurología, no está en el corpus del Atlas; Fonseca-Pedrero la cita como la adaptación española de la batería.

Trampa. Cambiar la parte de un test conocido (A por B) es una forma habitual de construir el distractor en las preguntas de baterías.

Para fijarlo. Siete dominios y diez pruebas; del Trail Making, solo la A.

REFERENCIA OFICIAL

Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 5, pág. 189.
Rodríguez-Jiménez, R. et al. (2012). Déficit cognitivo en la esquizofrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery. Revista de Neurología, 55(9), pág. 552.

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

23

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Tras administrar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV) a una mujer de 25 años con diagnóstico de anorexia nerviosa, se obtiene una puntuación de Tasa Base (TB) = 87 en el patrón clínico de personalidad evitativa. Este resultado indica que:

1. La TB no es interpretable por sí misma, ya que requiere una transformación a puntuación típica normalizada.
2. La persona evaluada presenta rasgos evitativos por debajo de lo clínicamente significativo.
3. La patología es suficientemente generalizada como para considerar que los rasgos evitativos son clínicamente significativos. ✓
4. La persona evaluada podría no haber contestado con sinceridad puesto que el patrón clínico corresponde a una escala de control del instrumento.

Una Tasa Base de 85 o más en un patrón de personalidad indica patología generalizada

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que el **MCMI-IV** transforma las puntuaciones directas en **Tasas Base (TB)** en lugar de puntuaciones típicas normalizadas, porque estas no tienen en cuenta la prevalencia de la característica medida; es un rasgo distintivo del instrumento. La interpretación tiene dos cortes: una **TB entre 75 y 84** indica un tipo de personalidad clínicamente significativo, que puede representar rasgos incapacitantes, y una **TB igual o superior a 85** puede indicar una **patología suficientemente generalizada como para considerarla un trastorno de la personalidad**. Con 87 en el patrón evitativo, los rasgos evitativos son claramente significativos.

1. La TB es la puntuación interpretable del MCMI-IV. Se usa en lugar de las puntuaciones típicas normalizadas, porque estas no recogen la prevalencia de lo que se mide.
2. Una TB de 87 supera los dos cortes del manual (75 y 85), así que los rasgos no están por debajo de lo clínicamente significativo.
3. Con TB igual o superior a 85, la patología puede considerarse suficientemente generalizada.
4. El evitativo es uno de los 12 patrones clínicos de la personalidad. Las escalas de control son otras cuatro (indicadores de respuestas aleatorias, sinceridad, deseabilidad social y devaluación).

Ojo. La segunda referencia oficial, el manual del MCMI-IV de Millon, Grossman y Millon (Pearson), no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Moreno Rosset y Ramírez Uclés.

Para fijarlo. En el Millon, 75 enciende la alarma y 85 apunta a trastorno.

REFERENCIA OFICIAL — 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. 469-472. Millon, T., Grossman, S. y Millon, C. (2015). Inventario clínico multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV). Pearson. Págs. 64-66.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 95, PIR 2024 · n.º 205

24

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

En la cuarta edición de la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV), ¿qué índice se obtiene a partir de las escalas de Comprensión verbal y Razonamiento perceptivo?:

1. El CI total (CIT).
2. El Índice de Capacidad General (ICG). ✓
3. El Índice de Capacidad Cognitiva (ICC).
4. El WAIS-IV no dispone de un índice específico para dichas escalas.

Comprensión verbal y razonamiento perceptivo forman el Índice de capacidad general

El WAIS-IV da cinco puntuaciones compuestas: los índices de Comprensión verbal (ICV), Razonamiento perceptivo (IRP), Memoria de trabajo (IMT) y Velocidad de procesamiento (IVP), y el CI total (CIT), que es la medida más válida de la aptitud cognitiva general. Además, según Moreno Rosset y Ramírez Uclés, se puede calcular un índice opcional, el **Índice de capacidad general (ICG)**, a partir de las escalas de **Comprensión verbal** y de las **tres pruebas de Razonamiento perceptivo**. El ICG es menos sensible que el CIT, el IMT y el IVP, pero resulta útil con personas con afecciones neuropsicológicas, como trastornos del aprendizaje o de la memoria.

1. El CI total corresponde a la escala total, que suma las cuatro escalas, incluidas Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.
2. Es el índice opcional que se calcula con Comprensión verbal y Razonamiento perceptivo.
3. El ICC del manual es el Índice de competencia cognitiva (la opción lo llama «capacidad cognitiva»), y aparece entre los índices secundarios del WPPSI-IV (de 4:0 a 7:7 años) y del WISC-V, no del WAIS-IV.
4. Sí existe un índice específico para esas dos escalas: el ICG.

Ojo. La segunda referencia oficial, el manual técnico del WAIS-IV (Wechsler, 2012, Pearson), no está en el corpus del Atlas.

Para fijarlo. El ICG es menos sensible que el CIT, pero útil en personas con afecciones neuropsicológicas, como trastornos del aprendizaje o de la memoria.

REFERENCIA OFICIAL: 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. Wechsler, D. (2012). Manual técnico y de interpretación. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Pearson. Pág. 131.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 63, PIR 2020 · n.º 120, PIR 2022 · n.º 126, PIR 2024 · n.º 27

25 PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Respecto a los instrumentos de evaluación de la depresión:

1 Los cuestionarios de evaluación de la depresión pueden sustituir a la entrevista clínica en el diagnóstico de la depresión.

2 La escala de Hamilton para la depresión (HRSD) es útil en la detección de síntomas depresivos, pero no en la monitorización de su evolución.

3 El Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (BDI-II) incluye ítems que evalúan tanto las disminuciones como los aumentos del apetito y del sueño. ✓

4 Una puntuación de 8 puntos se corresponde con depresión leve en el BDI-II.

El BDI-II pregunta tanto por dormir o comer menos como por dormir o comer más

La segunda versión del Inventario de Depresión de Beck (**BDI-II**, 1996) modificó varios ítems para ajustarse a los criterios del DSM-IV, entre ellos los de sueño y apetito, y amplió la ventana temporal de una a dos semanas. En el cuestionario que reproduce la ficha técnica del apéndice de Fernández-Ballesteros, el ítem 16 (**cambios en el patrón de sueño**) y el ítem 18 (**cambios en el apetito**) tienen alternativas en las dos direcciones: «duermo algo más» o «algo menos» de lo habitual, y «mi apetito es algo menor» o «algo mayor». Por eso el BDI-II recoge tanto las **disminuciones** como los **aumentos** del apetito y del sueño.

1 Belloch recuerda que el «patrón oro» del diagnóstico psicopatológico es la entrevista diagnóstica estructurada o semiestructurada, con la que se compara cualquier otro procedimiento, cuestionarios incluidos. La ficha del BDI añade que no persigue la clasificación diagnóstica, aunque admite que el BDI-II puede hacer diagnósticos DSM-IV de episodio depresivo; incluso así, sirve para apoyar el diagnóstico, no para sustituir a la entrevista.

2 La escala de Hamilton es el instrumento de heteroevaluación más utilizado del mundo para cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva, y Belloch sitúa esa cuantificación al servicio de monitorizar la marcha del proceso terapéutico.

3 Los ítems de sueño y apetito del BDI-II tienen alternativas de aumento y de disminución.

4 Con los puntos de corte del BDI-II, de 0 a 13 la depresión es mínima y la leve empieza en 14 (Penadés; la validación española que recoge Fonseca-Pedrero también sitúa la leve entre 14 y 18). Una puntuación de 8 no indica depresión leve.

Ojo. Ninguna de las dos referencias oficiales está en el corpus del Atlas: la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014) y el manual del BDI-II (Beck, Steer y Brown, Pearson, 2011). Los puntos de corte del BDI-II están en Penadés (cap. 18, pág. 431) y en Fonseca-Pedrero (2018, pág. 237); los de la ficha de Fernández-Ballesteros (0-10 mínima, 11-17 leve) se dan para el BDI en general y no coinciden con ellos.

Para fijarlo. En el BDI-II, los ítems 16 (sueño) y 18 (apetito) se desdoblan en alternativas «a» y «b».

REFERENCIA OFICIAL

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; avalia-t. Págs. 56-60. Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Pearson.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Fernández-Ballesteros es Consulta del tema E11 · Evaluación de la personalidad.

26 PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

En relación con la evaluación de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR):

1. Los dos instrumentos más utilizados son la SIPS y la CAARMS. ✓
2. La CAARMS incluye la SOPS, los criterios DSM-IV para el trastorno de la personalidad esquizotípica, un cuestionario de antecedentes familiares y una versión de la GAF.
3. La SOPS es una entrevista semiestructurada desarrollada por el equipo de investigación PRIME de la Universidad de Yale.
4. La SIPS consta de 19 ítems que están organizados en síntomas positivos, negativos, desorganizados y generales.

SIPS y CAARMS son los dos instrumentos más utilizados para evaluar los EMAR

Fonseca explica que, dentro del paradigma de alto riesgo clínico, los dos instrumentos más utilizados son la **SIPS** (Miller et al., 2003) y la **CAARMS** (Yung et al., 2005). La SIPS es una **entrevista semiestructurada** del equipo PRIME de la Universidad de Yale que incluye la **Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)**, los criterios DSM-IV del trastorno de la personalidad esquizotípica, un cuestionario de antecedentes familiares y una versión de la GAF. La SOPS tiene **19 ítems** en cuatro subescalas (síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales) que se puntúan de 0 a 6. Los distractores toman estos datos y los atribuyen al instrumento equivocado.

1. Es literal del manual: dentro del alto riesgo clínico, los dos instrumentos más utilizados son la SIPS y la CAARMS.
2. Esa composición corresponde a la SIPS, que es la que incluye la SOPS, los criterios del trastorno de la personalidad esquizotípica, el cuestionario de antecedentes familiares y la GAF.
3. La entrevista semiestructurada del equipo PRIME de Yale es la SIPS. La SOPS es la escala de síntomas prodrómicos que va dentro de ella.
4. Los 19 ítems en cuatro subescalas son de la SOPS, no de la SIPS.

SIPS Y SOPS SEGÚN EL MANUAL

Instrumento	Qué es y qué incluye
SIPS (Miller et al., 2003)	Entrevista semiestructurada desarrollada por el equipo de investigación PRIME de la Universidad de Yale; incluye la SOPS, los criterios DSM-IV para el trastorno de la personalidad esquizotípica, un cuestionario de antecedentes familiares y una versión de la escala GAF
SOPS	19 ítems organizados temáticamente en cuatro subescalas (síntomas positivos, negativos, de desorganización y generales); puntuación entre 0 y 6

Fuente: Fonseca-Pedrero (2019), cap. 14, pág. 425

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 son frases verdaderas del manual con el nombre del instrumento cambiado. Hay que saber qué contiene a qué.

Para fijarlo. La SIPS es la entrevista (la caja) y la SOPS, la escala de 19 ítems que va dentro.

REFERENCIA OFICIAL — Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 14, pág. 425.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 30

27

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

En las escalas Wechsler de Inteligencia ¿cuál de las siguientes subescalas se encuentra simultáneamente en WPPSI-IV, WISC-V y WAIS-IV?:

1. Cubos. ✓
2. Puzzles visuales.
3. Span de dibujos.
4. Búsqueda de símbolos.

Cubos es el único de los cuatro que está en las tres escalas de Wechsler

Moreno Rosset y Ramírez Uclés enumeran los 15 tests de cada escala. En el **WPPSI-IV**, de 2:6 a 3:11 años se aplican Dibujos, **Cubos**, Reconocimiento, Información, Rompecabezas, Localización y Nombres, y de 4:00 a 7:7 años se añaden Matrices, **Búsqueda de animales**, Semejanzas, Conceptos, Cancelación, Vocabulario, Clave de figuras y Comprensión. En el **WISC-V** los tests principales son Cubos, Semejanzas, Matrices, Dígitos, Claves, Vocabulario, Balanzas, Puzles visuales, Span de dibujos y Búsqueda de símbolos. En el **WAIS-IV**, los aplicables a todas las edades incluyen Cubos, Búsqueda de símbolos y Puzles visuales. Solo **Cubos** aparece en las tres listas.

1. Cubos figura en el WPPSI-IV (desde el nivel inferior), en el WISC-V y en el WAIS-IV.
2. Puzles visuales está en el WISC-V y en el WAIS-IV, pero no en la lista del WPPSI-IV, que tiene Rompecabezas.
3. Span de dibujos es un test principal del WISC-V; no aparece en las listas del WPPSI-IV ni del WAIS-IV.
4. Búsqueda de símbolos está en el WISC-V y en el WAIS-IV, pero el WPPSI-IV usa Búsqueda de animales.

DÓNDE APARECE CADA TEST SEGÚN EL MANUAL

Test	WPPSI-IV	WISC-V	WAIS-IV
Cubos	Sí	Sí	Sí
Puzles visuales	No	Sí	Sí
Span de dibujos	No	Sí	No
Búsqueda de símbolos	No	Sí	Sí

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 12, págs. 436-438

Trampa. Los distractores son tests que comparten dos escalas de tres. Búsqueda de símbolos tiene su versión infantil con otro nombre (Búsqueda de animales).

Para fijarlo. Los Cubos acompañan a la persona de los 2 años y medio a los 89; es el test que nunca falta.

REFERENCIA OFICIAL 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. 436-438.

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

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 107, PIR 2021 · n.º 76, PIR 2022 · n.º 113

28 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad Anulada

Anulada

¿Cuál de las siguientes escalas se evalúa tanto en el Cuestionario Big Five (BFQ) de Caprara como en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck- Revisado (EPQ-R)?:

1 Responsabilidad.

2 Extraversión.

3 Estabilidad emocional (Neuroticismo).

4 Psicoticismo.

Pregunta anulada: la tabla del manual solo da en común el Neuroticismo, pero la Energía del BFQ es la extraversión

El Ministerio **anuló** esta pregunta. La página que cita, la 482 de Moreno Rosset y Ramírez Uclés, es la **tabla 13.9**, que cruza cada test de personalidad con sus escalas. En ella, la única fila marcada a la vez en el BFQ y en el EPQ-R es la de **Estabilidad emocional (Neuroticismo)**, con el mismo rótulo que la opción 3, que fue la clave provisional. El EPQ-R tiene además marcadas la Extraversión y el Psicoticismo o dureza, y el BFQ, la Apertura mental, la Afabilidad, la **Energía** y el Tesón. El problema está en la Energía: la ficha del BFQ de Fernández-Ballesteros la describe con los adjetivos **«dinámico, extravertido y dominante»**, así que quien la equipare con la Extraversión puede defender también la opción 2.

1 En la tabla 13.9 la Responsabilidad no está marcada ni en el BFQ ni en el EPQ-R. En el BFQ el factor cercano es el Tesón, que la ficha de Fernández-Ballesteros describe como «responsable, ordenado y diligente».

2 En la tabla 13.9 el BFQ no tiene marcada la Extraversión, pero su factor Energía se describe como «dinámico, extravertido y dominante». Con esa equivalencia la opción es defendible, y es la explicación más probable de la anulación.

3 Clave provisional. Es la única fila de la tabla 13.9 marcada a la vez en el BFQ y en el EPQ-R, con ese mismo rótulo.

4 El Psicoticismo o dureza está marcado en el EPQ-R pero no en el BFQ.

TABLA 13.9 DE MORENO ROSSET (EXTRACTO): LAS ESCALAS DE LAS OPCIONES EN EL BFQ Y EL EPQ-R

Escala	BFQ	EPQ-R
Estabilidad emocional (Neuroticismo)	Sí	Sí
Extraversión	No	Sí
Responsabilidad	No	No
Psicoticismo o dureza	No	Sí
Energía	Sí	No

Fuente: Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), cap. 13, tabla 13.9, pág. 482 (extracto)

Ojo. El Ministerio no publica el motivo de la anulación. Otra razón posible es que los dos cuestionarios no llaman igual a sus factores.

Para fijarlo. El BFQ pone nombres propios a los cinco grandes: Energía (la extraversión), Afabilidad, Tesón, Estabilidad emocional y Apertura mental.

REFERENCIA OFICIAL: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 482.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 49

29

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E7 · Las técnicas subjetivas

Respuesta correcta: 3

¿Qué forma de evaluación se basa en la idea de que todo concepto posee dos tipos de significados complementarios, uno denotativo y otro connotativo?:

1 Listas de adjetivos.

2 Técnica de la rejilla.

3 El Diferencial Semántico. ✓

4 La clasificaciones Q.

El diferencial semántico parte de que cada concepto tiene un significado denotativo y otro connotativo

Moreno Rosset y Ramírez Uclés presentan el **diferencial semántico (DS)** de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957), que se apoya en la **teoría mediacional** neoconductista, según la cual el significado que la persona atribuye a un estímulo media su respuesta ante él. La técnica parte de que los conceptos tienen dos tipos de significado que se complementan. El **denotativo** provoca la misma respuesta en todos, porque se refiere al contenido objetivo del concepto. El **connotativo** es la interpretación subjetiva, que depende de factores afectivos y de las experiencias previas de cada persona. El DS es una medida del significado connotativo, y el análisis factorial de Osgood encontró tres factores dominantes: **evaluación**, **potencia** y **actividad**.

1 Las listas de adjetivos son listados que se presentan a la persona para que indique si son aplicables a sí misma, a otra persona, a objetos o a situaciones. No se fundamentan en la distinción entre significado denotativo y connotativo.

2 La técnica de la rejilla nace de la teoría de los constructos personales de Kelly, un enfoque constructivista, y estudia los constructos dicotómicos con los que la persona interpreta la realidad.

3 Es la base teórica del diferencial semántico de Osgood.

4 La clasificación Q, basada en la metodología Q de Stephenson, consiste en ordenar descripciones según su importancia siguiendo una distribución normal.

Para fijarlo. Denotar es decir qué es; connotar, qué me sugiere. El diferencial semántico mide lo segundo con pares de adjetivos opuestos.

REFERENCIA OFICIAL — Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 9, pág. 324.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 86, PIR 2021 · n.º 46

30 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 3

Indica en cuál de las siguientes baterías de evaluación se incluye, como prueba opcional, el Test Breve de la Evaluación del Estado Cognitivo (BCSE), baremado para el intervalo de edades entre los 16 y 89 años de edad:

1 Escala de Evaluación Cognitiva de Cambridge (CAMCOG-R).

2 Escala de Inteligencia Wechsler para adultos IV (WAIS-IV).

3 Escala de Memoria Wechsler IV (WMS-IV). ✓

4 Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN - Barcelona).

El test breve del estado cognitivo (BCSE) es una prueba opcional de la WMS-IV

La referencia oficial es el manual de aplicación de la WMS-IV (Wechsler, 2013), que no está en el corpus del Atlas, pero Mayas (2023) describe la escala en su tabla de baterías de memoria. Según esa tabla, la **Escala de memoria de Wechsler-IV (WMS-IV)** consta de un **test breve para la evaluación del estado cognitivo general** y de seis pruebas: memoria lógica y pares de palabras (memoria verbal), diseños y reproducción visual (memoria visual), y suma espacial y span de símbolos. Ofrece además baterías específicas para **adultos (16-69 años)** y **mayores (65-89 años)**, que juntas cubren el intervalo de **16 a 89 años** del enunciado. Los manuales del corpus no atribuyen esa prueba breve a ninguna de las otras tres baterías.

1 El CAMCOG es la subescala cognitiva del CAMDEX, la entrevista de Cambridge diseñada para valorar a personas mayores con posible demencia. Los manuales del corpus no le atribuyen el BCSE.

2 El WAIS-IV consta de 15 tests (Cubos, Semejanzas, Dígitos, Matrices, Vocabulario, Aritmética, Búsqueda de símbolos, Puzles visuales, Información, Clave de números, Letras y números, Balanzas, Comprensión, Cancelación y Figuras incompletas), y el BCSE no está entre ellos.

3 Mayas recoge que la WMS-IV consta de un test breve para la evaluación del estado cognitivo general, además de sus seis pruebas de memoria, y que tiene baterías para adultos y para mayores entre los 16 y los 89 años.

4 El Programa integrado de exploración neuropsicológica-Test Barcelona (Peña-Casanova) es una batería con 42 pruebas, 20 de ellas de lenguaje, y baremos en español. Los manuales del corpus no incluyen el BCSE entre ellas.

Ojo. Mayas no dice que el test breve sea opcional ni le da la sigla BCSE. Para ese detalle hay que ir al manual de la WMS-IV.

Para fijarlo. La WMS-IV va por parejas: memoria lógica y pares asociados (verbal), diseños y reproducción visual (visual), y suma espacial y span de símbolos (memoria de trabajo visual).

REFERENCIA OFICIAL: Wechsler, D. (2013). WMS-IV. Escala de memoria de Wechsler-IV. Manual de aplicación y corrección. Pearson. Pág. 2.

EN EL ATLAS: Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Mayas no es fuente de este tema. Se estudia con Caballo Evaluación (Base).

31 PATRONES CLÍNICOS

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 4

La escala DES (Bernstein y Putnam, 1986) mide:

1 Dismorfia corporal.

2 Depresión mayor.

3 Episodios de desregulación emocional.

4 Fenómenos disociativos. ✓

La DES de Bernstein y Putnam es la escala de cribado de los fenómenos disociativos

La Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale*, **DES**; Bernstein y Putnam, 1986) es, según el manual de Fonseca, la escala más utilizada a nivel internacional en el estudio de los **fenómenos disociativos**, y se clasifica entre los **instrumentos de cribado**. La versión revisada (**DES-II**) tiene **28 ítems** con una escala de 11 puntos en la que se valora el porcentaje de tiempo que la persona ha tenido esas experiencias; se ha propuesto un **punto de corte de 30** para síntomas disociativos graves. Existe una versión de 8 ítems, la DES-T (DES-Taxon), centrada en la amnesia disociativa y la despersonalización. Belloch la sitúa también entre las escalas de cribado de la disociación.

1 La DES no evalúa la imagen corporal; sus ítems recogen experiencias disociativas como la amnesia o la despersonalización.

2 Tampoco es una escala de depresión. Su objetivo es el cribado de síntomas disociativos.

3 La desregulación emocional no es lo que mide; la escala valora el porcentaje de tiempo en que la persona tiene experiencias disociativas.

4 Mide fenómenos disociativos, y es la escala más utilizada en su estudio.

Para fijarlo. DES-II: 28 ítems, porcentaje de tiempo y punto de corte en 30.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Pág. 439. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 273.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Fonseca Adultos es Base del tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos.

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 97, PIR 2021 · n.º 62

32 PATRONES CLÍNICOS

B28 · Trastorno del espectro del autismo · Anulada

Anulada

Con respecto a la evaluación del TEA con los instrumentos ADI-R y ADOS-2:

1. El ADOS-2 consta de situaciones interactivas informales.
2. El ADI-R no se puede aplicar en menores de 3 años.
3. El ADOS-2 se puede aplicar desde los 12 meses.
4. El ADI-R consta de dos dominios.

Pregunta anulada: el ADOS-2 se aplica desde una edad mental de doce meses

El Ministerio **anuló** esta pregunta (clave provisional 3) sin publicar el motivo. Izquierdo et al. describen la **Entrevista diagnóstica de autismo revisada (ADI-R)** como una entrevista a los **padres** a partir de los **dos años de edad mental**, y la **Escala de observación para el diagnóstico de autismo-2 (ADOS-2)** como una evaluación semiestructurada de niños y adultos con una **edad mental de al menos doce meses**. Vallejo y Rodríguez sitúan el ADI-R desde los 18 meses de edad mental, con tres áreas, y añaden que el ADOS-2 tiene un módulo para niños de 12 a 30 meses. Orgilés et al., la primera referencia oficial, presentan el ADI-R como entrevista para padres de hijos **por encima de 18 meses** y el ADOS-2 como un protocolo de observación **estandarizado**. Con las tres obras caen las opciones 2 y 4, y la única que podía competir con la 3 es la 1.

1. Orgilés et al. describen el ADOS-2 como un conjunto de actividades que proporcionan contextos estandarizados; Vallejo y Rodríguez hablan de situaciones planificadas previamente, e Izquierdo, de una evaluación semiestructurada. Llamarlas «situaciones interactivas informales» es discutible, y aun así es la candidata más probable a segunda respuesta.
2. El ADI-R se aplica a padres de hijos por encima de 18 meses según Orgilés et al., desde los 18 meses de edad mental según Vallejo y Rodríguez y desde los dos años de edad mental según Izquierdo. No es cierto que no pueda usarse por debajo de los tres años.
3. Clave provisional. Izquierdo sitúa el límite inferior del ADOS-2 en una edad mental de al menos doce meses, y Vallejo y Rodríguez le atribuyen un módulo para niños de 12 a 30 meses. Orgilés et al. no dan una edad mínima: dicen que se aplica a personas de muy diferentes edades y niveles de desarrollo. La opción no aclara si habla de edad mental o cronológica.
4. El ADI-R no tiene dos dominios. Izquierdo y Vallejo y Rodríguez le atribuyen tres áreas (interacción social recíproca, comunicación y lenguaje, y comportamientos restrictivos y estereotipados), y Orgilés et al. cuentan cuatro dominios, porque añaden las alteraciones del desarrollo evidentes a los 36 meses o más.

Ojo. Las obras no coinciden en el número de dominios del ADI-R: tres para Izquierdo y para Vallejo y Rodríguez, cuatro para Orgilés et al. Ninguna explica la anulación. Con la primera referencia oficial, la opción 1 pierde fuerza, porque habla de contextos estandarizados, y la 3 se queda sin una edad mínima que la respalde. Lo más probable es que se anulara por tener dos respuestas discutibles.

Para fijarlo. ADI-R se pregunta a los padres desde los 2 años de edad mental; ADOS-2 se observa en el niño desde los 12 meses de edad mental.

REFERENCIA OFICIAL

Orgilés, M., Méndez, F. X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Págs. 477-478. 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, págs. 209-210.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 144, PIR 2024 · n.º 15

33 PATRONES CLÍNICOS

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la valoración de la sospecha de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en una niña de 11 años mediante los instrumentos SENA, CARAS-R y ENFEN?:

1. El Toulouse-Piéron Revisado facilitaría nueva información.
2. Sería útil añadir pruebas como matrices o semejanzas. ✓
3. El ENFEN no es adecuado por la edad.
4. La aplicación del SENA no es relevante ya que no valora dificultades atencionales.

En la evaluación del TDAH conviene añadir pruebas del perfil intelectual

Para Izquierdo et al. el diagnóstico del TDAH es **clínico**, pero recomiendan completarlo con escalas y **tests neuropsicológicos y de inteligencia**. Sirven para conocer el **perfil del funcionamiento ejecutivo**, cuantificar las habilidades cognitivas y ver si están por debajo de lo esperable para la edad, ayudar en el **diagnóstico diferencial** (con la discapacidad intelectual o el trastorno específico del aprendizaje) y planificar la intervención. En el WISC-IV, los casos de TDAH puntúan menos que los controles en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, pero no en comprensión verbal ni en organización perceptiva. Pruebas como **matrices o semejanzas** aportan ese **perfil intelectual**. El caso práctico de Moreno Rosset y Ramírez Uclés (tabla 14.1) aplica el CARAS-R, el D2 y el SENA para la hipótesis de TDAH, y el WISC-V y las Matrices progresivas de Raven para el perfil cognitivo.

1. El Toulouse-Piéron Revisado mide la atención sostenida, y el CARAS-R que ya se ha aplicado evalúa la atención selectiva y sostenida en población infantojuvenil, así que aportaría poca información nueva.
2. Las pruebas de perfil intelectual completan la valoración del TDAH, según el manual.
3. El ENFEN evalúa las funciones ejecutivas de los 6 a los 12 años (Enseñat et al.), así que es adecuado para una niña de 11.
4. El SENA es una escala de «banda ancha» que incluye el estudio del TDAH y de otros trastornos, e Izquierdo et al. lo citan como útil para valorar la comorbilidad. En el caso práctico de Moreno Rosset se aplica para la hipótesis de TDAH.

Ojo. De las cuatro referencias oficiales, la Guía de consulta del DSM-5 (págs. 33-36) solo recoge los criterios del TDAH y no habla de los instrumentos, y los manuales del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015) y del Toulouse-Piéron Revisado (2013) no están en el corpus del Atlas. La edad del ENFEN está en Enseñat et al. (2023, pág. 127). La del Toulouse-Piéron Revisado no aparece en ningún manual del corpus.

Para fijarlo. En el TDAH, el diagnóstico es clínico, pero el perfil intelectual y ejecutivo ayuda a diferenciar y a planificar.

REFERENCIA OFICIAL

American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Panamericana. Págs. 33-36. Fernández-Pinto, I. et al. (2015). SENA. Sistema de evaluación de niños y adolescentes: manual de aplicación, corrección e interpretación. TEA Ediciones. Pág. 13. Toulouse, É. y Piéron, H. (2013). Toulouse-Piéron Revisado: manual. TEA Ediciones. Pág. 3. 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. 32, pág. 216.

EN EL ATLAS

Tema B29 · TDAH. Se estudia con Izquierdo (Consulta). Moreno Rosset es Ampliación del tema E2 · El proceso de evaluación psicológica.

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 27

34

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la depresión infantil es correcta?:

1. El dibujo en la depresión infantil se caracteriza por la abundancia de detalles con contenido negativo.
2. La concordancia entre informadores (niño, padres, profesores) suele ser baja. ✓
3. El Inventario de Depresión Infantil (CDI) de M. Kovacs consta de dos dimensiones: total depresivo y total positivo.
4. Las rabietas constituyen un síntoma específico de la depresión en edad preescolar.

En la depresión infantil la concordancia entre informantes suele ser baja

El manual de Fonseca para la infancia y la adolescencia recomienda recoger información de varios informantes (padres, profesores y el propio menor) y de forma independiente. Añade que varios estudios encuentran que la **concordancia entre informantes es inferior en los trastornos internalizantes**, como la depresión, que en los externalizantes, y cita el trabajo de Cicchetti et al. (2010), que halló tasas de concordancia **significativamente bajas** entre padres y profesores. De ahí la necesidad de informar mejor a familias y centros educativos sobre los signos de sospecha en cada etapa evolutiva.

1. Izquierdo et al. describen lo contrario: los niños deprimidos no completan los dibujos o los hacen con gran ausencia de detalles, con trazos débiles, figuras pequeñas y pocos elementos en movimiento.
2. La concordancia entre informantes es baja, y más en los trastornos internalizantes como la depresión.
3. Las dos subescalas, total depresivo y total positivo, son del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher, con 48 elementos depresivos y 18 positivos. El CDI de Kovacs tiene 27 ítems de tres frases cada uno.
4. Las rabietas aparecen entre las manifestaciones frecuentes antes de los 7 años, junto con la irritabilidad, el llanto inmotivado o las quejas somáticas, pero no como síntoma específico. Izquierdo recuerda además que las rabietas intensas forman parte del desarrollo normal a los dos años.

DOS CUESTIONARIOS DE DEPRESIÓN INFANTIL QUE SE CONFUNDEN

	CDI (Kovacs, 1977)	CDS (Lang y Tisher, 1978)
Edad de aplicación	7-15 años	8-16 años
Ítems	27 ítems, cada uno enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia	66 elementos: 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo
Puntuaciones	-	Dos subescalas independientes: total depresivo (TD) y total positivo (TP)

Fuente: Izquierdo, Cuéllar y Padilla (2021), cap. 33, págs. 223-224

Trampa. La opción 3 traslada al CDI la estructura del otro cuestionario de depresión infantil que el manual describe justo después.

Para fijarlo. Total depresivo y total positivo son las dos subescalas del CDS de Lang y Tisher; el CDI de Kovacs son 27 ítems de tres frases.

REFERENCIA OFICIAL

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. 33, págs. 222-224. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Pág. 504.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación). Izquierdo es Consulta del tema B15 · Trastornos depresivos.

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 100, PIR 2018 · n.º 231, PIR 2022 · n.º 119

35

PATRONES CLÍNICOS

B24 · Evaluación de los trastornos infantiles

Respuesta correcta: 1

Durante una consulta, un niño de 6 años muestra una alteración del comportamiento ante un límite establecido por sus padres: grita, agrede y lanza los juguetes al suelo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con el diagnóstico diferencial?

1. La administración de la Escala VABS-3 de Vineland sería útil para valorar el funcionamiento adaptativo. ✓
2. El dibujo infantil y el juego simbólico permiten determinar con precisión la presencia o ausencia de un trastorno afectivo.
3. Si el comportamiento se reproduce en distintos contextos, el diagnóstico más probable sería un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
4. El BASC-3 permitiría llevar a cabo un screening específico de sintomatología TEA.

Para el diagnóstico diferencial es útil valorar el funcionamiento adaptativo con la VABS-3 de Vineland

Ante una alteración de conducta en un niño pequeño hay que descartar, entre otras cosas, que forme parte de un problema del desarrollo. Los dos manuales oficiales del corpus recomiendan valorar el **funcionamiento adaptativo**. Fonseca, en el capítulo del TEA, aconseja obtener información del funcionamiento en las actividades de la vida diaria con pruebas como la **escala Vineland** o el ABAS. Izquierdo et al., en el capítulo de discapacidad intelectual, recuerdan que el peso del CI en el diagnóstico ha disminuido en favor de la **conducta adaptativa**, e incluyen las **Vineland Adaptive Behavior Scales-III** en su tabla de instrumentos de comportamiento adaptativo.

1. La escala de Vineland figura en los dos manuales como instrumento para valorar el funcionamiento adaptativo.
2. Izquierdo et al. presentan el dibujo y el juego como vías de acceso al mundo interno del niño, pero advierten que la información debe contrastarse siempre con las entrevistas al menor, a la familia y al centro escolar. No permiten determinar por sí solos un trastorno afectivo.
3. Que la conducta se repita en varios contextos no basta para pensar en un TDAH. El manual recuerda que su diagnóstico es clínico y exige información sobre los síntomas nucleares de inatención e hiperactividad-impulsividad, la edad de inicio, la duración y la disfunción, algo que el enunciado no describe.
4. El BASC-3 aparece en Izquierdo como escala de «banda ancha», útil para valorar comorbilidad. Los instrumentos de cribado del TEA que cita el manual son otros, el M-CHAT-R/F y el Cuestionario de comunicación social (SCQ).

Ojo. La tercera referencia oficial, el manual del SENA (Fernández-Pinto et al., 2015), no está en el corpus del Atlas.

Para fijarlo. En la discapacidad intelectual el CI ha perdido peso en el diagnóstico frente a la conducta adaptativa.

REFERENCIA OFICIAL

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. Págs. 222-223, 275, 277 y 326. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Págs. 146 y 197. Fernández-Pinto, I. et al. (2015). SENA. Sistema de evaluación de niños y adolescentes: manual de aplicación, corrección e interpretación. TEA Ediciones. Pág. 13.

EN EL ATLAS

Tema B24 · Evaluación de los trastornos infantiles. Se estudia con Izquierdo (Consulta).

36

PATRONES CLÍNICOS

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de estas alteraciones en el lenguaje NO es típica en el trastorno del espectro autista?

1 Ecolalia.

2 Coprolalia. ✓

3 Inversión pronominal.

4 Escasez de vocabulario.

La coprolalia pertenece al trastorno de la Tourette y no figura en el lenguaje autista

Belloch recoge dos veces la lista de características del **lenguaje autista**: en el capítulo de psicopatología del lenguaje (tabla 9.3, según Rivière y Belinchón) y en el del TEA (tabla 15.1). En ambas aparecen la **ecolalia inmediata y demorada**, la **inversión pronominal**, la evitación pronominal, el lenguaje metafórico, los neologismos y la **escasez de vocabulario**, entre otras. Las alteraciones más frecuentes, según el capítulo del TEA, son la inversión pronominal (el niño se refiere a sí mismo con «tú» o «él») y la ecolalia. La **coprolalia**, en cambio, es la emisión involuntaria de palabras obscenas o insultantes, sin intención de agraviar, que el manual sitúa en el **trastorno de Gilles de la Tourette** (trastorno de la Tourette en el DSM-5-TR), un trastorno neurológico de tics complejos.

1. La ecolalia, inmediata o demorada, figura entre las alteraciones más frecuentes del lenguaje en el TEA. El manual matiza que no es específica, porque aparece en el desarrollo normal hasta los 30 meses, y que es patológica si persiste más allá de los cuatro años.
2. La coprolalia no está en la lista del lenguaje autista; el manual la describe en el trastorno de la Tourette.
3. La inversión pronominal es, junto con la ecolalia, una de las alteraciones más frecuentes del lenguaje en el TEA.
4. La escasez de vocabulario aparece en las dos tablas de características del lenguaje autista.

Ojo. El Ministerio cita el vol. II de Belloch, pág. 21, pero esa página pertenece al capítulo de la ansiedad. Las características del lenguaje autista están en el vol. II, cap. 15, pág. 466 (tabla 15.1), y en el vol. I, cap. 9, pág. 303 (tabla 9.3); la coprolalia, en el vol. I, cap. 8, pág. 239.

Para fijarlo. En el autismo el niño repite (ecolalia) y se confunde de persona (tú por yo); los tacos involuntarios son del trastorno de la Tourette.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Pág. 21.

EN EL ATLAS: Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base). Belloch 2020 es Base del tema A8 · Psicopatología del lenguaje.

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 51

37

PATRONES CLÍNICOS

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5-TR, el diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH):

1. Puede establecerse conjuntamente con el trastorno del espectro autista (TEA). ✓
2. Requiere que los síntomas hayan aparecido antes de los 7 años de edad.
3. El criterio “con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas” corresponde a un síntoma de inatención.
4. A partir de los 17 años, se requieren al menos seis síntomas de hiperactividadimpulsividad para realizar el diagnóstico.

El TDAH puede diagnosticarse junto con el TEA

En el apartado de **comorbilidad**, el DSM-5-TR afirma que el TDAH puede **concurrir**, con perfiles sintomáticos variables, con otros trastornos del neurodesarrollo, entre ellos el **trastorno del espectro autista**, el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno del desarrollo intelectual, los trastornos del lenguaje, el trastorno del desarrollo de la coordinación y los trastornos de tics. Añade que las mujeres con TDAH tienen tasas especialmente altas de algunos trastornos comórbidos, entre ellos el TEA. Las otras tres opciones contradicen los criterios diagnósticos.

1. El manual recoge expresamente que el TDAH puede concurrir con el trastorno del espectro autista. El DSM-5 de 2014 lo dice también: cuando se cumplen los criterios del TDAH y del TEA, se deberían realizar los dos diagnósticos.
2. El criterio B exige que algunos síntomas estuvieran presentes antes de los 12 años, no de los 7. El manual insiste en que el TDAH no puede diagnosticarse en ausencia de todo síntoma antes de los 12 años.
3. «Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas» es el síntoma d de la lista de hiperactividad e impulsividad, no de inatención.
4. A partir de los 17 años basta un mínimo de cinco síntomas, no seis.

TDAH EN EL DSM-5-TR: LO QUE SE SUELE PREGUNTAR

Criterio	Qué exige
A	Seis (o más) síntomas de inatención y/o seis (o más) de hiperactividad e impulsividad durante al menos 6 meses; a partir de 17 años de edad se requiere un mínimo de cinco síntomas
B	Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años
C	Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos
E	No se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico

Fuente: DSM-5-TR, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, págs. 68-69

Ojo. La pág. 60 del DSM-5 (2014) que cita el Ministerio resuelve las opciones 2, 3 y 4: allí están la lista de hiperactividad e impulsividad, la nota de los cinco síntomas a partir de los 17 años y el criterio B. La opción correcta está en otras páginas de la misma obra, en el TEA (pág. 58) y en la comorbilidad del TDAH (pág. 65), y en el DSM-5-TR, en la pág. 75.

Para fijarlo. 12 años, 2 contextos, 6 síntomas (5 desde los 17) y sí, puede ir con el TEA.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 60.

EN EL ATLAS — Tema B29 · TDAH. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 233, PIR 2018 · n.º 211

38 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

Dentro del protocolo de seguimiento del prematuro, ¿qué escala debe usar la psicóloga clínica para evaluar el desarrollo cognitivo, motriz y de la comunicación en niños de edad corregida de 18 meses?:

1 Escala de Brazelton (Brazelton y Nugent, 1997).

2 Escala de Aptitudes Intelectuales (BAS-II; Elliott, Smith y McCullogh, 2011).

3 Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-IV (WPPSI-IV; Wechsler, 2014).

4 Escalas Bayley de desarrollo infantil - III (Bayley, 2015). ✓

Para evaluar el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje a los 18 meses se usan las Bayley-III

Moreno Rosset y Ramírez Uclés explican que las **Escalas Bayley de desarrollo infantil-III** (Bayley, 2015) valoran globalmente las áreas de desarrollo **cognitivo, lenguaje y motor** de niños **entre 1 mes y 3,6 años**, con tres escalas (Cognitiva, Lenguaje y Motora) y un inventario de observación conductual. Identifican tempranamente los retrasos del desarrollo y sirven para planificar intervenciones. En la adaptación española, los baremos de las edades más tempranas tienen intervalos de 10 días, lo que da más precisión en los primeros meses. Es lo que pide el enunciado: un niño de 18 meses de edad corregida y tres áreas del desarrollo.

1 La escala de Brazelton analiza la respuesta del neonato, en el primer mes de vida, a la estimulación del adulto, y sirve para detectar signos de alarma en el recién nacido. No cubre los 18 meses.

2 El BAS-II se aplica desde los 2:6 años (BAS-II Infantil) hasta los 17:11 (BAS-II Escolar), así que no sirve a los 18 meses.

3 El WPPSI-IV empieza a aplicarse a los 2:6 años.

4 Las Bayley-III evalúan cognición, lenguaje y motricidad entre 1 mes y 3,6 años.

Para fijarlo. Antes de los dos años y medio, Bayley; recién nacido, Brazelton; desde los 2:6, BAS-II o WPPSI-IV.

REFERENCIA OFICIAL: 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. 432 y 436. Del Barrio, V. (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Pág. 189.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 34, PIR 2015 · n.º 171, PIR 2018 · n.º 62, PIR 2022 · n.º 118

39 PATRONES CLÍNICOS

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

Lucía es una niña de 8 años que acude a una primera consulta en el Centro de Salud Mental por síntomas obsesivo-compulsivos. Presenta rituales de lavado y pensamientos intrusivos relacionados con la contaminación. Durante el proceso de evaluación, dentro de la entrevista clínica general, ¿qué información sería más relevante recabar para orientar la comprensión funcional de sus síntomas?:

1 Frecuencia y duración de los rituales observados durante la última semana.

2 Presencia de antecedentes médicos o neurológicos relevantes (p.ej., tics).

3 Grado de insight sobre el carácter egodistónico de los síntomas.

4 Posibles ganancias secundarias de los síntomas dentro del contexto familiar. ✓

Para entender la función de los rituales hay que explorar las ganancias secundarias en la familia

El manual de Fonseca para la infancia y la adolescencia describe la evaluación del TOC en dos pasos. Primero, una **entrevista clínica general** con el niño, los padres y a veces los profesores (datos demográficos, motivo de consulta, antecedentes, curso, funcionamiento). Después, la evaluación se centra en obtener una **visión detallada del contexto** en que se producen los problemas, y la tabla 17.2 enumera la información necesaria antes del tratamiento. Entre esos puntos están las situaciones o personas con las que el problema aumenta o disminuye, las consecuencias familiares y las **posibles «ganancias secundarias»** (por ejemplo, más atención familiar o menos responsabilidades), además del **acomodamiento** de los padres a los rituales. Son los datos que explican qué mantiene la conducta, es decir, su **función**.

1 La frecuencia y la duración de las conductas problema se recogen sobre todo con registros y autorregistros, que sirven como medida de partida y de evolución. Describen la conducta, pero no su función.

2 Los antecedentes médicos y los trastornos que pueden parecerse al TOC son importantes para el diagnóstico diferencial, porque si los síntomas se atribuyen a otro trastorno mental u orgánico no debe diagnosticarse TOC. No aclaran por qué se mantienen los rituales.

3 El grado de insight no figura entre la información que la tabla del manual considera necesaria para el análisis previo al tratamiento.

4 Las ganancias secundarias en el contexto familiar son uno de los datos que el manual pide para entender el problema.

Ojo. Algunas versiones del enunciado que circulan dicen en la opción 2 antecedentes médicos o neurológicos «graves»; el cuadernillo oficial dice «relevantes (p. ej., tics)».

Para fijarlo. La pregunta funcional es «¿para qué le sirve?»: busca qué gana el niño y cómo se acomoda la familia.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 17, pág. 531.

EN EL ATLAS: Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 29

40

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia

Respuesta correcta: 1

La Escala de Funcionamiento Reflexivo para Niños y Adolescentes (CRFS) evalúa:

1. La capacidad de comprender e integrar los estados mentales propios y ajenos en el discurso narrativo. ✓
2. La tendencia a resonar emocionalmente con los demás e identificar sus emociones.
3. La habilidad para reconocer conductas observables y explicarlas en función de factores no mentalistas.
4. El grado de control atencional y autorregulación conductual en situaciones sociales.

El funcionamiento reflexivo es la capacidad de entender la conducta propia y ajena por estados mentales

Midgley et al. presentan la **Escala de Funcionamiento Reflexivo para Niños y Adolescentes (CRFS)** como la manera de evaluar la **capacidad de un niño para el funcionamiento reflexivo**. Se usa para codificar la **Entrevista de Apego Infantil (CAI)**, una entrevista semiestructurada en la que niños de 7 a 12 años **se describen a sí mismos y describen sus relaciones con sus padres**. Sus códigos van de -1 a 9, desde el rechazo a mentalizar y la ausencia de mentalización hasta una comprensión cada vez más compleja de los estados mentales. Lo que se puntúa es, por tanto, cómo integra el niño los estados mentales propios y ajenos en su relato. Díaz-Garrido et al. presentan el funcionamiento reflexivo como **equivalente a la mentalización**, la capacidad de interpretar el comportamiento en términos de estados mentales intencionales.

1. Es lo que mide la escala: el grado en que el niño entiende los estados mentales propios y ajenos cuando habla de sí mismo y de sus relaciones.
2. Resonar emocionalmente con los demás e identificar sus emociones describe algo más cercano a la empatía. La mentalización no se reduce a sentir con el otro; incluye interpretar las intenciones, deseos y razones que explican su conducta y la propia.
3. Explicar la conducta por factores observables y no mentales es lo que la escala puntúa como mentalización pobre: el nivel 1 recoge las descripciones en términos de características físicas o comportamentales no mentales. Díaz-Garrido llama a este funcionamiento modo teleológico, uno de los modos de pre-mentalización.
4. El control atencional y la autorregulación conductual no son el objeto de esta escala. La mentalización contribuye a la regulación del afecto, pero se define por la comprensión de estados mentales.

TABLA 1.1 DE MIDGLEY ET AL.: NIVELES DE FUNCIONAMIENTO REFLEXIVO INFANTIL (CRFS)

Nivel	Descripción
-1	Respuesta extraña, desorganizada en la que la mentalización se evita activamente o hay un rechazo agresivo a mentalizar
0	Ausencia de mentalización
1	Descripciones en términos de características físicas o comportamentales no mentales
3	Referencias a estados mentales sin elaborar cuando se describen relaciones
4	Referencias a estados mentales pero con vacíos que deben ser cubiertos
5	Descripción clara mostrando una sólida comprensión de estado mental, aunque sea muy simple
7-9	Comprensión cada vez más compleja del estado mental, indicando el 9 una comprensión excepcional del estado mental

Fuente: Midgley et al. (2020), cap. 1, tabla 1.1, pág. 35

Ojo. El Ministerio cita la pág. 183, pero en la edición española del corpus (Desclée de Brouwer) esa página trata de cómo ayudar al niño a nombrar sus emociones en el juego. La CRFS se describe en el cap. 1 (págs. 34-35, con la tabla 1.1) y vuelve a citarse en la evaluación (cap. 5, pág. 148). La paginación de esta edición coincide con la que cita el Ministerio en la pregunta 166.

Para fijarlo. Mentalizar es verse a uno mismo desde fuera e imaginar a los demás desde dentro.

REFERENCIA OFICIAL	Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2019). Tratamiento basado en la mentalización para niños. Desclée de Brouwer. Pág. 183.
EN EL ATLAS	Tema C21 · Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia. Midgley no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta). Díaz-Garrido es Consulta del tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad.

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 114, PIR 2023 · n.º 140, PIR 2023 · n.º 167

41

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 2

Según Vygotski (1934), lenguaje y pensamiento:

1. Son capacidades con orígenes comunes, transmitidas socioculturalmente, y prerrequisitos para el proceso de andamiaje.
2. Tienen orígenes independientes e inician su convergencia por mediación del habla egocéntrica. ✓
3. Tienen orígenes independientes y a lo largo del desarrollo convergen, de modo que el lenguaje se va socializando progresivamente.
4. Son términos empleados para referirse a un mismo proceso, siendo su origen común el habla, transmitida culturalmente, considerándose el pensamiento habla privada fruto de un progresivo proceso de interiorización.

Para Vygotski lenguaje y pensamiento nacen por separado y convergen a través del habla egocéntrica

García Madruga y Delval resumen la postura de Vygotski en tres ideas. La primera es que el lenguaje es una **herencia cultural** cuya función original es el contacto social, y **lenguaje y pensamiento tienen orígenes diferentes**; las primeras formas de pensamiento son ajenas al lenguaje y se dedican al uso básico de herramientas. El hecho crucial del desarrollo humano es la **convergencia** de las dos líneas, la intelectual y la lingüística. La segunda, que esa intersección se apoya en el **habla egocéntrica**, que aplicada a las propias acciones permite distanciarse de la realidad y tomar conciencia de los propios procesos mentales. Y la tercera, que el habla egocéntrica **no se socializa** con la edad, como proponía Piaget, sino que se hace cada vez más privada hasta convertirse en **lenguaje interno** y dar lugar al pensamiento verbal.

1. Vygotski reconocía orígenes diferentes para el lenguaje y el pensamiento, no comunes.
2. Orígenes independientes y convergencia apoyada en el habla egocéntrica es la tesis de Vygotski.
3. La primera mitad es correcta, pero la socialización progresiva del lenguaje es la idea de Piaget. Para Vygotski el lenguaje egocéntrico se vuelve cada vez más ininteligible y privado hasta interiorizarse.
4. No son un mismo proceso: Vygotski sostenía que las primeras formas de pensamiento son ajenas al lenguaje, y solo al final del desarrollo, con el lenguaje interno, se desdibujan los límites entre ambos.

EL LENGUAJE EGOCÉNTRICO EN PIAGET Y EN VYGOTSKI

	Piaget	Vygotski
Qué es	El niño habla sólo para sí mismo y su discurso no se adapta al punto de vista de los otros	Tiene funciones relacionadas con la planificación y regulación de la propia conducta
Cómo se explica	Por el egocentrismo intelectual, la inhabilidad para descentrarse del propio punto de vista	Es el punto de apoyo de la intersección entre el lenguaje y el pensamiento
Evolución	Caracterizaba la mayoría del habla de los niños entre los tres y los siete años de edad; desaparece hacia los siete años	No se socializa con la edad: se torna progresivamente más ininteligible y privado hasta transformarse en lenguaje interno

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 6, apartado 4

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), pág. 202; el corpus tiene la 2.ª (2019), cuyo PDF no conserva la numeración impresa, así que se cita el capítulo sin página.

Trampa. La opción 3 empieza con la tesis de Vygotski y termina con la de Piaget.

Para fijarlo. Para Piaget el habla egocéntrica desaparece hacia los siete años; para Vygotski se interioriza y da lugar al pensamiento verbal.

REFERENCIA OFICIAL — García Madruga, J. A. y Delgado Egido, B. (2010). En J. A. García Madruga y J. Delval (coords.), Psicología del desarrollo I. UNED. Pág. 202.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 36

42

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 2

Al diferenciar entre prerrequisitos y precursores de la teoría de la mente, ¿cuál de las siguientes alternativas corresponde a un precursor de esta capacidad?

1. Reconocer a los seres humanos como agentes autoanimados e interpretar su conducta como orientada a metas.
2. Comprender los planos conductual y representacional de la intencionalidad. ✓
3. Distinguir entre creencias verdaderas y falsas.
4. Comprender los contenidos proposicionales de las actitudes intencionales.

El precursor de la teoría de la mente es comprender la intencionalidad en sus planos conductual y representacional

En el capítulo de Gutiérrez Martínez se distinguen dos tipos de competencias tempranas relacionadas con la teoría de la mente (ToM). Los **prerrequisitos** son las **discriminaciones sociales tempranas**: reconocer el rostro humano, los sonidos del habla, la contingencia de las interacciones o a los humanos como seres autoanimados. Son necesarios para atribuir estados mentales, pero no implican por sí mismos comprensión mentalista. El **precursor**, o primer paso hacia la ToM, es la **comprensión de la intencionalidad** en sus dos planos interconectados. En el **conductual**, la atribución empieza siendo teleológica (la conducta se ve dirigida a una meta) y pasa a ser mentalista cuando la acción se reconoce como producto de una intención, hacia los 9-10 meses. En el **representacional**, se comprende que los estados mentales son «acerca de» algo.

1. Reconocer a los humanos como seres autoanimados figura entre los prerrequisitos (cuadro 7.1), y la interpretación de la conducta como dirigida a una meta es, al principio, meramente teleológica. Por sí sola no es todavía la comprensión de la intencionalidad en sus dos planos.
2. Es la definición del precursor: la comprensión de la intencionalidad en los planos conductual y representacional.
3. Distinguir creencias verdaderas y falsas es ya un logro de la propia teoría de la mente, la comprensión de la falsa creencia, no un precursor.
4. Lo que se comprende al formar una ToM es que los estados mentales son actitudes proposicionales acerca de contenidos proposicionales. Los contenidos expresan estados del mundo; captar esa distinción es el punto de llegada, no el precursor.

Ojo. La opción 1 está muy cerca de la clave, porque el manual describe el plano conductual con esas mismas palabras (seres autoanimados y conducta dirigida a una meta). La diferencia es que reconocer a los humanos como autoanimados aparece en el cuadro de prerrequisitos y que el precursor exige los dos planos de la intencionalidad. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), págs. 226-227; el PDF de la 2.ª edición no conserva la numeración impresa.

Para fijarlo. Prerrequisito es reconocer a la persona; precursor es entender que actúa con intención y que sus estados mentales tratan de algo.

REFERENCIA OFICIAL	Gutiérrez Martínez, F. (2010). En J. A. García Madruga y J. Delval (coords.), Psicología del desarrollo I. UNED. Págs. 226-227.
EN EL ATLAS	Tema J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 37

43

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J4 · Función simbólica: representación, juego y dibujo

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes descripciones sobre las diferentes fases del desarrollo del dibujo planteadas por Luquet es correcta?:

1. En la fase del realismo fortuito existe una relación causal entre el significado y parecido del dibujo y el objeto dibujado.
2. En la fase del realismo frustrado muchos niños dejan de dibujar porque se perciben como poco hábiles al juzgar que su aproximación al modelo no es adecuada.
3. La transparencia y abatimiento son procedimientos que se inician en la fase del realismo visual.
4. En la fase del realismo frustrado el niño se encuentra con obstáculos relacionados con el control motor, limitación atencional e incapacidad sintética. ✓

En el realismo frustrado chocan la intención y tres obstáculos: control motor, atención e incapacidad sintética

Luquet sostiene que el dibujo infantil es esencialmente realista, pero que pasa por cuatro tipos de realismo: fortuito, frustrado, intelectual y visual. En el **realismo frustrado** el niño ya intenta dibujar algo preciso, pero su intención se estrella con obstáculos. El primero es el **control motor** (no sabe detener el gesto y la línea se prolonga). El segundo, el carácter **limitado y discontinuo de la atención**, que le hace reproducir solo algunos detalles. Y el rasgo más importante, según Luquet, es la **incapacidad sintética**, visible en las proporciones, la disposición y la orientación de los elementos (los brazos separados del cuerpo, el sombrero flotando). Es la etapa de los cabezudos o cefalópodos.

1. En el realismo fortuito el parecido entre el dibujo y el objeto es casual: el niño lo descubre después de dibujar y entonces le da significado. No hay una relación causal previa entre lo que quiere dibujar y el resultado.
2. Dejar de dibujar por sentirse poco hábil es propio del realismo visual, a partir de los ocho o nueve años, cuando el niño intenta ajustarse al modelo y juzga que no lo consigue.
3. La transparencia y el abatimiento son procedimientos del realismo intelectual, en el que el niño dibuja lo que sabe del modelo. En el realismo visual se van eliminando.
4. Son los tres obstáculos que el manual atribuye al realismo frustrado.

LAS FASES DEL DIBUJO INFANTIL SEGÚN LUQUET

Fase	Rasgo principal
Realismo fortuito	Prolongación de la actividad motora; el parecido con la realidad es casual o fortuito y trata de consolidarse a posteriori
Realismo frustrado	Su intención se estrella con obstáculos: el control motor, el carácter limitado y discontinuo de la atención y la incapacidad sintética; cefalópodos o cabezudos
Realismo intelectual	El niño no dibuja lo que ve, sino lo que sabe del modelo: transparencia y abatimiento
Realismo visual	A partir de los ocho o nueve años trata de representar la realidad tal y como la ve, con las reglas de la perspectiva; muchos niños dejan de dibujar

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 5, apartado 8.1

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), pág. 156; el PDF de la 2.ª edición no conserva la numeración impresa, así que se cita el apartado.

Trampa. Cada distractor toma el rasgo de una fase y lo coloca en otra. Conviene aprender las cuatro fases con su rasgo distintivo.

Para fijarlo. Fortuito, sale por casualidad; frustrado, quiere y no puede; intelectual, dibuja lo que sabe; visual, dibuja lo que ve.

REFERENCIA OFICIAL
García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2010). Psicología del desarrollo I. UNED. Pág. 156.

EN EL ATLAS
Tema J4 · Función simbólica: representación, juego y dibujo. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

44

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 1

Según la Teoría Focal de J. C. Coleman, señala la alternativa INCORRECTA:

1. Cada foco se centra en una dimensión de la identidad. ✓
2. La secuencia de desarrollo no es única ni inmutable.
3. No existen límites claros entre un estadío y el siguiente.
4. La resolución de un aspecto no es requisito imprescindible para el paso al siguiente estadío.

En la teoría focal los focos son retos de la adolescencia, no dimensiones de la identidad

Coleman (1974) preguntó a adolescentes de 11, 13, 15 y 17 años por la autoimagen, la independencia, las amistades, la relación con los padres o los estudios, y vio que la **preocupación por cada asunto alcanzaba su máximo a edades distintas**. De ahí su **teoría focal**. Los adolescentes ponen el foco en los **retos psicológicos y sociales** más relevantes en cada momento, en lugar de afrontarlos todos a la vez, y solo viven una verdadera crisis quienes se enfrentan a varios al mismo tiempo. Es un modelo de estadios mucho más flexible, porque **no hace falta resolver un aspecto para pasar a otro**, los estadios no tienen límites precisos ni se asocian a una edad, y la secuencia no es fija. La opción 1 es la falsa, porque los focos son retos y no dimensiones de la identidad.

1. Es la afirmación incorrecta. Los focos son los retos psicológicos y sociales que preocupan en cada momento (relación con los padres, amistades, autoimagen, estudios), no dimensiones de la identidad.
2. Es correcta: el manual dice que no puede considerarse una secuencia de estadios fija y que caben múltiples secuencias.
3. Es correcta: los estadios no pueden diferenciarse con límites precisos ni responden a una edad o un nivel de desarrollo determinados.
4. Es correcta: la noción de estadio es flexible y no es necesaria la resolución de un aspecto para pasar a otro.

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), pág. 342; el PDF de la 2.ª edición no conserva la numeración impresa, así que se cita el apartado.

Trampa. La opción falsa suena verosímil porque la teoría se estudia junto a Erikson y Marcia, que sí hablan de identidad. Coleman habla de retos o preocupaciones.

Para fijarlo. Coleman: un foco cada vez, sin orden fijo; la crisis llega cuando se juntan varios.

REFERENCIA OFICIAL
Sánchez-Queija, I. y Herranz Ybarra, P. (2010). En J. A. García Madruga y J. Delval (coords.), Psicología del desarrollo I. UNED. Pág. 342.

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

45

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 1

En los estudios de Tiffany Field sobre la sincronía en el vínculo de apego entre madres e infantes, se observó que los niños respondían con mayor probabilidad a un tipo específico de conducta materna. ¿A cuál nos referimos?

1. A la imitación del niño. ✓
2. A las pausas.
3. A la conducta espontánea de la madre.
4. A los intentos por captar y mantener la atención del niño.

En los estudios de Field los bebés respondían sobre todo cuando la madre los imitaba

La referencia oficial, Craig y Baucum (2009), no está en el corpus, y los manuales de desarrollo del Atlas no recogen este estudio. Tiffany Field comparó cómo reaccionaba el bebé ante tres conductas de la madre: su **conducta espontánea**, sus **intentos de captar y mantener la atención** del niño y la **imitación** de lo que hacía el niño. Los bebés respondían sobre todo a las **imitaciones**, y cuanto más se parecía la conducta de la madre a la del hijo, más atento estaba el bebé. Vasta, Haith y Miller aportan el contexto. Tras la **sincronía interactiva** llegan los **turnos**, en los que la madre a veces responde de forma imitativa, y en un experimento de **Meltzoff (1990)** los niños de 14 meses sonreían y miraban más al adulto que los imitaba.

1. Es la conducta a la que más respondían los bebés en los estudios de Field, que la comparó con la conducta espontánea de la madre y con sus intentos de captar su atención. Vasta añade que las respuestas imitativas forman parte de los turnos de interacción y que los niños de 14 meses prefieren al adulto que los imita (Meltzoff, 1990).
2. Las pausas no eran una de las conductas maternas que se compararon. Lo que Field pide a la madre es respetar la necesidad de pausa del propio niño, y Vasta describe que la madre espera la respuesta del bebé antes de volver a responder, que es una pauta de turnos.
3. La conducta espontánea de la madre fue una de las tres condiciones del estudio, pero los bebés respondían más a la imitación.
4. Los intentos de captar y mantener la atención fueron otra de las condiciones, con menos respuesta que la imitación. Vasta, citando a T. M. Field (1987), recoge además que los periodos de atención pueden ser demasiado estimulantes para el bebé, que los controla evitando el contacto visual.

Ojo. La referencia oficial, Craig y Baucum (2009, pág. 178), no está en el corpus, y Vasta, Haith y Miller citan a Field solo por los ciclos de atención y desatención del bebé (pág. 532).

Para fijarlo. Primero sincronía interactiva y después turnos; en esos turnos la madre a veces repite el sonido que acaba de hacer el bebé.

REFERENCIA OFICIAL — Craig, G. J. y Baucum, D. (2009). Desarrollo psicológico. Pearson Educación. Pág. 178.

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

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 38

46

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de las siguientes fases del desarrollo del vínculo afectivo según la Teoría de Bowlby (1969), el bebé selecciona a unas pocas personas para que se conviertan en figuras subsidiarias a la madre y expresa el rechazo a los extraños?:

1. Fase de Orientación y señales sin discriminación de figura.
2. Fase de Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas.
3. Fase de Mantenimiento de la proximidad hacia una figura por medio tanto de la locomoción como de señales. ✓
4. Fase de Formación de una asociación con adaptación al objetivo.

Las figuras de apego subsidiarias y el rechazo a los extraños aparecen en la fase 3 de Bowlby

El manual resume en un cuadro las cuatro fases que Bowlby (1969) describe en el desarrollo del vínculo afectivo. La tercera, **mantenimiento de la proximidad hacia una figura por medio tanto de la locomoción como de señales**, va de los seis o siete meses a los veinticuatro. En ella se reducen las respuestas amistosas indiscriminadas, el bebé sigue a la madre, la saluda a su vuelta y la usa como **base segura** para explorar. Es también la fase en la que **selecciona a unas pocas personas como figuras de apego subsidiarias** a la madre y en la que esa predilección se expresa con el **rechazo a los extraños**. El texto añade que la angustia de separación muestra lo difícil que resulta en esta etapa separar al bebé de sus figuras de crianza.

1. La fase 1 va del nacimiento a las ocho o doce semanas. El bebé prefiere los estímulos sociales, pero no hay pruebas de que reconozca a las personas como tales, así que no puede elegir figuras ni rechazar a extraños.
2. En la fase 2, entre los dos o tres meses y los seis o siete, el bebé empieza a mostrar inclinación por algunas personas, pero aún se deja cuidar por desconocidos y no muestra muchas diferencias entre separarse de la madre o de otras personas. Falta el rechazo a los extraños.
3. Es la fase en la que aparecen las figuras de apego subsidiarias y el rechazo a los extraños.
4. La fase 4 empieza a los veinticuatro meses. Gracias al lenguaje y a la permanencia del objeto, el niño relaja su tendencia a seguir a la madre y puede entender por qué se va.

CUADRO 4.2: FASES EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO AFECTIVO SEGÚN BOWLBY

Fase	Edad	Rasgo clave
1. Orientación y señales sin discriminación de figura	Del nacimiento a las ocho/doce semanas	Preferencia por estímulos sociales; no hay evidencias de que reconozca a las personas en cuanto a tales
2. Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas	Entre los dos/tres meses y los seis/siete	Inclinación por algunas personas; aún se deja cuidar por desconocidos
3. Mantenimiento de la proximidad hacia una figura por medio tanto de la locomoción como de señales	De los seis/siete meses a los veinticuatro	Base segura, figuras de apego subsidiarias y rechazo a los extraños
4. Formación de una asociación con adaptación al objetivo	Desde los veinticuatro meses	Permanencia del objeto; se relaja la tendencia a seguir a la madre

Fuente: García Madruga y Delval (2019), cap. 4, cuadro 4.2

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), pág. 128. El corpus tiene la 2.ª edición (2019), donde el pasaje está en el cuadro 4.2 del capítulo 4. El PDF no lleva números de página impresos, así que se cita el cuadro.

Para fijarlo. En la fase 3 entra la locomoción: el bebé quiere mantener la proximidad con su figura de apego y la distancia con los extraños.

REFERENCIA OFICIAL

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2010). Psicología del desarrollo I. UNED. Pág. 128.

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

47

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 3

Según la Teoría de las etapas cognoscitivas de Piaget (1936), ¿qué proceso cognitivo estaría utilizando una niña que, teniendo conocimiento de lo que es un pájaro, al ver un avión por primera vez, lo designa como "pájaro"?:

1. Organización.
2. Adaptación.
3. Asimilación. ✓
4. Acomodación.

Llamar «pájaro» al avión es asimilar

El ejemplo del enunciado está tomado tal cual de Papalia y Martorell. Para Piaget, la **adaptación** se produce mediante dos procesos complementarios. La **asimilación** consiste en tomar información nueva e **incorporarla a las estructuras cognoscitivas previas**, y la **acomodación**, en **ajustar esas estructuras** para que acepten la información nueva. La niña que sabe lo que es un pájaro y llama «pájaro» al primer avión que ve está metiendo lo nuevo en un esquema que ya tenía, y el manual lo rotula expresamente como asimilación. Solo más tarde, cuando nota que los aviones no tienen plumas y entra en desequilibrio, llegará la acomodación.

1. La organización es la tendencia a crear categorías, como la de pájaros, observando lo que tienen en común sus miembros. La niña ya tiene la categoría; lo que hace es encajar en ella un objeto nuevo.
2. La adaptación es el término general con que Piaget designa el manejo de la información nueva a partir de lo que ya se sabe. Se produce por asimilación y por acomodación, y la pregunta pide el proceso concreto.
3. Incorporar el avión al esquema previo de pájaro es la asimilación, tal como la etiqueta el manual.
4. La acomodación llega después, cuando la niña modifica su conocimiento, aprende que ese objeto se llama avión y comprueba que aviones y pájaros no son lo mismo.

Ojo. La segunda referencia oficial, la 12.ª edición de Papalia (2012), explica la asimilación con otro ejemplo: el bebé que usa su esquema de succionar con un vaso entrenador. En el PDF del corpus ese pasaje está en la pág. 33; el Ministerio cita la 38.

Para fijarlo. Asimilar es meter lo nuevo en el cajón de siempre; acomodar es ajustar el cajón para que quepa.

REFERENCIA OFICIAL — Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 30. Papalia, D. E., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). Desarrollo humano (12.ª ed.). McGraw-Hill. Pág. 38.

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 2024 · n.º 38

48 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de los siguientes estadios de la comunicación preverbal (Schaffer, 1984), el bebé accede a la llamada comunicación triádica y aparecen los primeros gestos comunicativos como señalar con el dedo?:

1 Estadio de interés activo por las personas.

2 Estadio de interés por los objetos.

3 Estadio de coordinación de personas y objetos. ✓

4 Estadio de incorporación del lenguaje a la comunicación.

La comunicación triádica llega con la coordinación de personas y objetos

El manual recoge, basándose en Schaffer (1984), cinco estadios de la comunicación preverbal. El cuarto, **coordinación de personas y objetos**, va de los 8 a los 18 meses. Hacia el primer cumpleaños el bebé accede a la **comunicación triádica**, en la que los interlocutores se comunican sobre un asunto ajeno a ellos mismos. Como hay que redirigir la atención del otro, aparecen los **primeros gestos comunicativos**: **señalar con el dedo**, mostrar un objeto o pedir con la mano abierta. Bates, Camaioni y Volterra los dividieron en **protodeclarativos**, para compartir el interés por algo, y **protoimperativos**, para que el otro haga algo.

1. El interés activo por las personas (2-5 meses) es el estadio de la sonrisa abierta ante la estimulación del adulto y de los juegos «cara a cara». Todavía no hay objetos en la interacción.
2. En el estadio de interés por los objetos (5-8 meses) aparecen las conductas anticipatorias y el interés por manipular objetos, pero el bebé no integra los dos objetivos: juega con el adulto o con la pelota, pero no a la pelota con el adulto.
3. Es el estadio de la comunicación triádica y del gesto de señalar.
4. La incorporación del lenguaje (desde los 18 meses) es el momento en que las palabras se insertan en rutinas comunicativas ya establecidas. Los gestos de señalar aparecen antes.

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición (UNED, 2010), págs. 182-183. En la 2.ª edición del corpus (2019) el pasaje está en el cuadro 6.1 del capítulo 6. El PDF no lleva números de página impresos, así que se cita el cuadro.

Para fijarlo. Tres en la tríada: el bebé, el adulto y la cosa que señala.

REFERENCIA OFICIAL — García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2010). Psicología del desarrollo I. UNED. Págs. 182-183.

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

49 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial

Respuesta correcta: 4

En psicología diferencial, ¿a qué dos tipos de investigaciones básicas hace referencia el análisis de las fuentes de variabilidad biológica?:

1. El porcentaje de la varianza psicológica explicado por la dotación genética de los individuos y el funcionamiento diferencial de los mecanismos biológicos.
2. El porcentaje de la varianza fenotípica explicado por la dotación genética de los individuos y el funcionamiento diferencial de los mecanismos psicológicos.
3. El porcentaje de la varianza fenotípica explicado por el ambiente de los individuos y el funcionamiento diferencial de los mecanismos biológicos.
4. El porcentaje de la varianza fenotípica explicado por la dotación genética de los individuos y el funcionamiento diferencial de los mecanismos biológicos. ✓

La variabilidad biológica mira a los genes y a los mecanismos biológicos

Siguiendo a Revelle (1995), Sánchez-Elvira agrupa las fuentes de la diversidad comportamental en tres apartados, la variabilidad psicológica, la **biológica** y la ambiental. El estudio de la biológica parte de la hipótesis de que las bases genéticas y biológicas son el origen de la variabilidad psicológica, y por eso abarca dos tipos de investigaciones básicas: el **porcentaje de la varianza fenotípica** de la conducta que explican las diferencias en la **dotación genética**, y la variación que explica el **funcionamiento diferencial de los mecanismos biológicos** (sistema nervioso central y autónomo, sistema neuroendocrino).

1. Pone «psicológica» donde el manual dice «fenotípica». La variabilidad psicológica es otra fuente distinta, y lo que estudia la biológica es la varianza fenotípica de la conducta.
2. Acierta con la primera mitad, pero la segunda línea de investigación estudia los mecanismos biológicos, no los psicológicos.
3. El ambiente corresponde a la tercera fuente, la variabilidad ambiental, y no a la biológica, que estudia la parte de la varianza explicada por la dotación genética.
4. Son las dos líneas de investigación que enumera el manual.

Ojo. El Ministerio cita la edición de 2023, pág. 78. El PDF del corpus sigue la paginación de 2005, en la que el pasaje está en la pág. 113.

Trampa. Los tres distractores cambian una sola palabra de la definición del manual: ponen «psicológica» donde dice «fenotípica», «psicológicos» donde dice «biológicos» y «ambiente» donde dice «dotación genética».

REFERENCIA OFICIAL: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2023). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Pág. 78.

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

50 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 3

En el estudio cronométrico de la velocidad mental, ¿cuál de las siguientes es una ventaja del uso del tiempo de inspección frente al tiempo de reacción?:

1 Es una medida compacta que parece implicar más procesos cognitivos.

2 Factores como la motivación, la atención o la personalidad contribuyen sustancialmente a su relación con la inteligencia.

3 No presenta el problema de tener que establecer la ratio velocidad/precisión. ✓

4 Obliga a distinguir entre componentes como el tiempo de decisión y el de movimiento.

El tiempo de inspección se libra del dilema velocidad/precisión

El manual dedica un cuadro a las **ventajas del tiempo de inspección (TI) sobre el tiempo de reacción (TR)** según Deary, uno de sus principales defensores. El TI es una **medida compacta** que parece implicar **menos procesos cognitivos** que el TR, porque no obliga a separar el tiempo de decisión del de movimiento. **No presenta el problema de la ratio velocidad/precisión**, ya que en las pruebas de TR se puede sacrificar la precisión en aras de la rapidez. Además, es un factor limitante para muchas operaciones mentales superiores, factores como la motivación, la atención o la personalidad **no contribuyen sustancialmente** a su relación con la inteligencia, y cuenta con un tratamiento teórico sólido dentro de la psicología de la percepción.

1 Es compacta, pero el manual dice que implica menos procesos cognitivos que el TR, no más.

2 Invierte la ventaja, porque según Deary la motivación, la atención o la personalidad no contribuyen sustancialmente a la relación entre TI e inteligencia.

3 Es una de las ventajas que recoge el cuadro, porque en el TI no hay que establecer la ratio velocidad/precisión.

4 Distinguir entre tiempo de decisión y tiempo de movimiento es un problema del TR. El TI no lo necesita.

Trampa. Dos distractores son ventajas reales del TI con el signo cambiado (más procesos, sí contribuyen) y el tercero atribuye al TI un inconveniente del TR.

Para fijarlo. En el TI no hay tiempo de reacción: la persona dispone del tiempo que necesite para responder, y lo que se acorta es la exposición del estímulo. Por eso no hay prisa que estropee la precisión.

REFERENCIA OFICIAL: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, pág. 292.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 47, PIR 2023 · n.º 52

51 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H2 · Marco conceptual de la psicología diferencial

Respuesta correcta: 1

¿Qué característica de los rasgos, como unidades de análisis en psicología diferencial, hace referencia a que no son entidades directamente observables, sino que se infieren a través de la observación de indicadores comportamentales representativos del rasgo definido?:

1 Carácter subyacente. ✓

2 Carácter dimensional.

3 Carácter disposicional.

4 Carácter consistente.

El carácter subyacente del rasgo es que se infiere de conductas observables

Sánchez-Elvira resume en varios puntos las características que definen los rasgos. La primera es su **carácter subyacente**: los rasgos **no son entidades directamente observables**, sino que se **infieren** a través de la observación de **indicadores comportamentales** representativos del rasgo. La extraversión, por ejemplo, se deduce de conductas que sí se observan, como ser charlatán o sociable. Por eso el manual define el rasgo como un constructo hipotético de carácter latente.

1. Es la definición que da el manual del carácter subyacente.
2. El carácter dimensional se refiere a que los rasgos se operativizan en dimensiones cuantitativas que permiten ordenar a los individuos: a mayor puntuación, más probabilidad, frecuencia e intensidad de las conductas.
3. El carácter disposicional significa que los rasgos no están activos en todo momento: son tendencias latentes que se activan según la relevancia de la situación, como la ansiedad social, que se manifiesta cuando la persona tiene que exponer sus ideas en una reunión.
4. La consistencia transituacional forma parte de la regularidad de los indicadores comportamentales: el rasgo debe manifestarse en distintos tipos de situaciones. No tiene que ver con la inferencia a partir de conductas.

Ojo. El Ministerio cita la edición de 2013 (pág. 88) y, como segunda referencia, Andrés Pueyo (1997), Manual de psicología diferencial, McGraw-Hill, pág. 450, que no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Sánchez-Elvira; en el PDF del corpus, con la paginación de 2005, el pasaje está en las págs. 129-131.

Para fijarlo. Subyacente es lo que está debajo: el rasgo queda por debajo de las conductas que lo delatan.

REFERENCIA OFICIAL

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2013). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Pág. 88. Andrés Pueyo, A. (1997). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill. Pág. 450.

EN EL ATLAS

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

52 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H6 · Diferencias intergrupales: edad y género

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a los resultados de investigaciones longitudinales sobre la estabilidad de la inteligencia a lo largo de la vida?:

1 A grandes rasgos, la estructura jerárquica de la inteligencia varía con la edad.

2 A partir de los 6 años, la estructura de las aptitudes tiende a consolidarse según el modelo jerárquico de tres estratos. ✓

3 El carácter jerárquico de la inteligencia impide que haya cambios en la cantidad de las capacidades intelectuales.

4 En los primeros meses de vida, las diferencias individuales en inteligencia muestran una alta estabilidad predictiva respecto al rendimiento cognitivo posterior.

Desde los 6 años, la estructura de las aptitudes se consolida en tres estratos

Los estudios longitudinales que recoge el manual, entre ellos el de Seattle (Schaie), concluyen que la **estructura jerárquica de la inteligencia se mantiene invariante** a lo largo del ciclo vital. En los primeros meses la inteligencia sigue un **patrón de desarrollo dinámico**, en el que unas aptitudes aparecen, otras se transforman y otras desaparecen. Pero **a partir de los 6 años la estructura de las aptitudes tiende a consolidarse** tal como la describe el **modelo de los tres estratos**: un factor g en la cúspide, varias aptitudes amplias en el segundo estrato y aptitudes específicas en el primero. Esa estructura invariante **no impide cambios en la cantidad** de las capacidades intelectuales.

1 Las investigaciones concluyen que la estructura jerárquica de la inteligencia no varía con la edad.

2 Es la conclusión que el manual extrae de los estudios longitudinales.

3 El manual afirma que la permanencia de los mismos factores no impide que haya cambios en la cantidad de las capacidades.

4 En los primeros meses la inteligencia presenta un patrón esencialmente dinámico, con aptitudes que aparecen, cambian y desaparecen, lo que no encaja con una alta estabilidad.

Para fijarlo. La metáfora anatómica del manual lo resume: el esqueleto de la inteligencia no cambia, pero sus huesos crecen y declinan.

REFERENCIA OFICIAL: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 11, pág. 562.

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

53 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 1

Respecto a la regulación identificada en el continuo motivacional propuesto por Ryan y Deci:

1 La persona acepta y valora la actividad, pero a pesar de su relativa autonomía, la actividad no está todavía integrada con los demás aspectos de la experiencia personal. ✓

2 La persona actúa por contingencias externas, como conseguir premios o evitar castigos.

3 La motivación es totalmente autónoma o autorregulada.

4 La persona actúa para evitar la culpa, afirmar su valía o recibir aprobación de los demás.

La regulación identificada valora la actividad, pero aún no la integra

La teoría de la autodeterminación describe un continuo de **internalización** en el que se pasa de la heteronomía a la autonomía. La **regulación identificada** es una internalización **más profunda que la introyectada, pero no total**: es una motivación **más autónoma que controlada, aunque no totalmente autónoma**. La persona **acepta y valora la actividad**, pero esta **no está todavía integrada** con los demás aspectos de su experiencia personal. El ejemplo del manual es quien estudia porque considera que es algo bueno para él.

1 Es la definición de la regulación identificada que da el manual.

2 Actuar por contingencias externas, como conseguir premios o evitar castigos, define la regulación externa, en la que no hay internalización.

3 La motivación totalmente autónoma corresponde a la regulación integrada, en la que la internalización es total.

4 Evitar la culpa, afirmar la propia valía o buscar aprobación describe la regulación introyectada, una internalización parcial y todavía controlada.

TIPOS DE REGULACIÓN DE LA MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA (CUADRO 5.3)

Regulación	Qué la define	Tipo de motivación y causa percibida
Externa	No hay internalización; actúa por contingencias externas, como conseguir premios o evitar castigos	Controlada; causa externa
Introyectada	Internalización parcial; actúa para evitar la culpa, afirmar su valía o recibir aprobación	Controlada; relativa causa externa
Identificada	Acepta y valora la actividad, pero no está integrada con los demás aspectos de la experiencia personal	Autónoma; relativa causa interna
Integrada	Internalización total; la actividad es congruente con las metas y valores propios	Autónoma; causa interna

Fuente: Bermúdez et al. (2011), cap. 5, págs. 237-238 y cuadro 5.3

Trampa. Las cuatro opciones son definiciones literales del mismo pasaje; solo hay que colocar cada una en su peldaño del continuo.

Para fijarlo. Del mínimo al máximo de autonomía: externa, introyectada, identificada, integrada. La identificada es la primera autónoma, pero todavía sin integrar.

REFERENCIA OFICIAL Sanjuán Suárez, P. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 5, pág. 237.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 91, PIR 2024 · n.º 50

54 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

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

Respuesta correcta: 2

En la definición de personalidad propuesta por Costa y McCrae (1994), se postula que deben estar presentes, entre otros, los siguientes aspectos. Señale el INCORRECTO:

1. Los sistemas psicofísicos, que representan las tendencias y capacidades básicas del individuo.
2. Las necesidades básicas o sistemas de motivación que impulsan la conducta. ✓
3. La biografía objetiva, entendida como el conjunto de acontecimientos significativos en la vida de cada persona.
4. El autoconcepto, es decir, el sentido de identidad personal del individuo.

Las necesidades básicas no están entre los elementos de Costa y McCrae

Costa y McCrae (1994) buscaron los elementos comunes a muchas definiciones de personalidad, apoyándose en la de Allport (1961). Según el manual, una definición de personalidad debe incluir seis aspectos: una **organización dinámica**, los **sistemas psicofísicos** (tendencias y capacidades básicas), una **forma característica de pensar y comportarse**, las **influencias externas**, la **biografía objetiva** y el **autoconcepto**. Las necesidades básicas o sistemas de motivación no figuran en la lista, así que la opción 2 es la incorrecta que pide el enunciado.

1. Los sistemas psicofísicos, que representan tendencias y capacidades básicas, son el segundo elemento de la lista.
2. Las necesidades básicas o sistemas de motivación no aparecen entre los seis aspectos que proponen Costa y McCrae.
3. La biografía objetiva, o cada acontecimiento significativo de la vida de cada uno, es el quinto elemento.
4. El autoconcepto, el sentido que tiene el individuo de quién es, cierra la lista.

> **Para fijarlo.** Los tres primeros elementos salen de la definición de Allport (organización dinámica, sistemas psicofísicos, forma característica de pensar y comportarse); los otros tres los añaden Costa y McCrae.

REFERENCIA OFICIAL: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, pág. 31.

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

55 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H16 · Personalidad y psicopatología

Respuesta correcta: 1

¿Qué dimensión está incluida en el factor de propensión general a la psicopatología (factor p) de Caspi et al. (2014)?:

1 Desórdenes del pensamiento. ✓

2 Tendencia a la ansiedad.

3 Tendencia a la depresión.

4 Conductas antisociales.

Los desórdenes del pensamiento son una de las tres dimensiones que agrupa el factor p

Caspi et al. (2014) analizaron los trastornos de la muestra del **Estudio Longitudinal Dunedin**, más de mil personas seguidas durante veinte años, y encontraron **tres dimensiones psicopatológicas** y, por encima de ellas, un **factor general p** de propensión a la psicopatología. Las dimensiones son la **interiorización**, vinculada a la ansiedad y la depresión; la **exteriorización**, asociada a las conductas antisociales y el abuso de sustancias; y los **desórdenes del pensamiento**, relacionados con los síntomas psicóticos. De las cuatro opciones, solo la primera nombra una de esas dimensiones.

1 Los desórdenes del pensamiento son una de las tres dimensiones que agrupa el factor p.

2 La ansiedad forma parte de la dimensión de interiorización; no es una dimensión por sí misma.

3 La depresión también se integra en la interiorización.

4 Las conductas antisociales se asocian a la dimensión de exteriorización, junto con el abuso de sustancias.

ESTRUCTURA DEL FACTOR P (CASPI ET AL., 2014)

Dimensión	Con qué se relaciona
Interiorización	Ansiedad y depresión
Exteriorización	Conductas antisociales y abuso de sustancias
Desórdenes del pensamiento	Síntomas psicóticos
Factor p (por encima de las tres)	Propensión general a desarrollar alguna clase de psicopatología

Fuente: Colom (2018), cap. 14, pág. 425, y figura 14.9

Trampa. Los distractores son contenidos reales del modelo, pero de nivel inferior: síntomas o conductas que cargan en una dimensión, no dimensiones.

Para fijarlo. El factor p es a la psicopatología lo que g a la inteligencia: los síntomas se agrupan en diagnósticos, los diagnósticos en tres dimensiones y estas en una sola dimensión general.

REFERENCIA OFICIAL — Colom Marañón, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, pág. 425.

EN EL ATLAS — Tema H16 · Personalidad y psicopatología. Se estudia con Colom (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 106

56 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H1 · Introducción e historia de las diferencias individuales

Respuesta correcta: 1

¿Por cuál de los siguientes motivos se considera la obra de Huarte de San Juan como un antecedente del estudio científico de las diferencias individuales?:

1 Puso en relación las diferencias en determinadas características de las personas con aquellas habilidades que les correspondería desarrollar. ✓

2 Distinguió entre habilidades naturales y aprendidas.

3 Realizó la división entre intelecto, emoción y volición.

4 Hizo referencia a la amplitud de las diferencias individuales en variables mensurables a partir de una metodología científica y bajo una orientación marcadamente genetista.

Huarte relacionó las diferencias entre personas con las habilidades que les tocaba desarrollar

Sánchez-Elvira sitúa a **Juan Huarte de San Juan** en el resurgir de la individualidad del Renacimiento. En su **«Examen de ingenios para las ciencias»** hizo una descripción exhaustiva de caracteres y propuso métodos para entrenar las capacidades básicas y los talentos. Muchos autores lo consideran un **antecesor directo de la psicología diferencial comparable al propio Galton**, y el manual explica por qué: tuvo el acierto de **poner en relación las diferencias entre los hombres con las habilidades que los caracterizan** y con el género de artes, letras y oficios que, según esas habilidades, les correspondería desarrollar. Por eso se le ve también como un adelantado de la orientación profesional.

1 Es la razón que da el manual para considerarlo antecedente de la psicología diferencial y de la orientación profesional.

2 El manual no atribuye a Huarte una distinción entre habilidades naturales y aprendidas. Lo que destaca es que sitúa el origen de las diferencias en la constitución innata, en el medio ambiente y en el orden social.

3 La división entre intelecto, emoción y volición no aparece entre las aportaciones de Huarte que recoge el capítulo.

4 Huarte pertenece a la etapa precientífica y no trabajó con variables mensurables ni con metodología científica. En cuanto a la orientación, llegó a admitir la acción recíproca entre el medio y la naturaleza del hombre, aunque Pelechano (1998) ve algunas de sus afirmaciones más próximas a concepciones deterministas y biologicistas que ambientalistas.

Ojo. El Ministerio cita la edición de 2023 (pág. 13) y Andrés Pueyo (1997), Manual de psicología diferencial, McGraw-Hill, págs. 12-13, que no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Sánchez-Elvira; en el PDF del corpus, con la paginación de 2005, el pasaje está en las págs. 15-16.

Para fijarlo. Huarte fue el primer orientador, porque buscó para cada ingenio su oficio.

REFERENCIA OFICIAL: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2023). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Pág. 13. Andrés Pueyo, A. (1997). Manual de psicología diferencial. McGraw-Hill. Págs. 12-13.

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

57 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H16 · Personalidad y psicopatología · Anulada

Anulada

Según Huang et al. (2009), en su estudio sobre la prevalencia y los correlatos sociodemográficos de los trastornos de la personalidad:

1. Los trastornos de la personalidad de los grupos A y C son más frecuentes en mujeres que en hombres.
2. Existe una correlación negativa entre el nivel educativo y la prevalencia de cualquier trastorno de la personalidad.
3. Los trastornos de los grupos A y B muestran una relación inversa con la edad en cuanto a su prevalencia.
4. Aunque algunas manifestaciones conductuales se atenúan con la edad, la prevalencia global de los trastornos de la personalidad tiende a mantenerse estable en la población adulta.

Pregunta anulada: dos opciones se sostienen con el estudio de Huang

El Ministerio **anuló** esta pregunta. Bermúdez resume el estudio de **Huang et al. (2009)**, con más de 20.000 personas de 12 países evaluadas con la IPDE. Según el manual, los trastornos de los **grupos A y C eran más frecuentes en hombres**, había una **relación negativa entre trastornos de la personalidad y nivel educativo** (a menor nivel educativo, mayor prevalencia), **excepto en el obsesivo-compulsivo**, y los trastornos de los **grupos A y B mantenían una relación inversa con la edad**. La clave provisional (3) recoge lo que dice el manual. El problema está en la opción 2: con el matiz del obsesivo-compulsivo sería falsa, pero Belloch (2024) resume el mismo estudio diciendo sin excepciones que hay una relación clara entre bajo nivel educativo y presencia elevada de trastornos de la personalidad. Con dos opciones defendibles, la anulación es coherente.

1. En el estudio de Huang los trastornos de los grupos A y C eran más frecuentes en hombres.
2. Bermúdez recoge la relación negativa con el nivel educativo, pero con una excepción: en el obsesivo-compulsivo era positiva, de modo que no vale para «cualquier» trastorno. Belloch, en cambio, la da sin excepciones, y por eso la opción también es defendible.
3. Es la clave provisional y recoge lo que dice el manual, que los grupos A y B mantienen una relación inversa con la edad, es decir, que su prevalencia disminuye al aumentar la edad.
4. Ninguna de las dos fuentes habla de una prevalencia global estable. Bermúdez dice que algunas características (impulsividad, agresividad) disminuyen con la edad y otras aumentan, y que los grupos A y B se hacen menos frecuentes.

Ojo. El dato que separa las dos opciones, la excepción del obsesivo-compulsivo, solo está en Bermúdez (2011, pág. 602). Belloch, Sandín y Ramos (2024), vol. II, cap. 13, pág. 471, resumen el mismo estudio sin esa excepción.

Para fijarlo. En Huang, los grupos A y C son más frecuentes en hombres, los grupos A y B disminuyen con la edad y el nivel educativo bajo va con más trastornos, salvo el obsesivo-compulsivo según Bermúdez.

REFERENCIA OFICIAL: Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 13, pág. 602.

EN EL ATLAS: Tema H16 · Personalidad y psicopatología. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base).

58 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control

Respuesta correcta: 2

La investigación sobre autoeficacia indica que una baja percepción de competencia personal contribuye al desarrollo de síntomas depresivos porque:

1 Aumenta la probabilidad de atribuciones externas incontrolables.

2 Favorece la rumiación y la anticipación negativa de resultados. ✓

3 Reduce la activación fisiológica necesaria para la acción.

4 Incrementa la dependencia de factores situacionales externos.

La baja autoeficacia mantiene la rumiación y la anticipación negativa

Entre los procesos afectivos por los que la autoeficacia influye en la conducta, el manual explica que la percepción de autoeficacia **reduce la activación emocional negativa** porque permite **frenar los pensamientos rumiativos**, uno de los disparadores más eficaces de la reacción afectiva negativa. La **ansiedad y la depresión** se intensifican y se mantienen por cogniciones ligadas a su origen, como la **reiteración de frustraciones pasadas** o la **anticipación de acontecimientos negativos**. Y los datos indican que las personas que **desconfían de su propia capacidad** mantienen activas estas experiencias mucho más tiempo que quienes confían en ella.

1 Según el manual, quien confía poco en su competencia hace atribuciones internas, estables e incontrolables cuando fracasa; las externas e incontrolables las reserva para explicar el éxito, y el capítulo las relaciona con la caída de la motivación, no con los síntomas depresivos.

2 Es el mecanismo que describe el manual: la baja autoeficacia mantiene activos los pensamientos rumiativos y las anticipaciones negativas.

3 Según el manual, la baja autoeficacia aumenta la reacción emocional negativa, y es la autoeficacia la que permite reducir los niveles de activación emocional negativa.

4 La dependencia de factores situacionales externos no aparece entre los procesos por los que la autoeficacia afecta a la ansiedad y la depresión.

Ojo. El PDF del corpus no lleva números de página impresos; el pasaje está en el capítulo 9, apartado de procesos afectivos, junto a la figura 9.2 (Ozer y Bandura, 1990).

Para fijarlo. Quien no confía en sí mismo le da más vueltas a lo que salió mal y a lo que puede salir mal.

REFERENCIA OFICIAL: Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Pág. 385.

EN EL ATLAS: Tema H12 · Factores cognitivos: expectativas, atribución y control. Se estudia con Bermúdez 2017 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 43

59

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H14 · Motivación y personalidad

Respuesta correcta: 2

Según la teoría de la motivación de logro de Atkinson (1957), la elección de tareas en sujetos con alta necesidad de logro se caracteriza porque:

1. Prefieren tareas muy fáciles, ya que garantizan el éxito y refuerzan su autoconfianza.
2. Prefieren tareas de dificultad intermedia, ya que maximizan la probabilidad de éxito con una adecuada satisfacción derivada de la superación. ✓
3. Prefieren tareas muy difíciles, porque el elevado riesgo de fracaso aumenta el valor incentivo del éxito.
4. Suelen evitar tareas evaluadas mediante autoinformes, dado que estas no reflejan motivos implícitos de logro.

Con alta necesidad de logro se eligen tareas de dificultad intermedia

Atkinson estudió el nivel de riesgo que asumen las personas al elegir un desafío. Las de **alta necesidad de logro** eligen **tareas de dificultad intermedia**, porque ni las muy fáciles, que supera todo el mundo, ni las muy difíciles, con un riesgo de fracaso muy alto, ofrecen muchas oportunidades de obtener una **adecuada satisfacción por superar la tarea**. En su modelo de 1957, la **tendencia a aproximarse al éxito** es el producto de la probabilidad de éxito por el valor incentivo del éxito, y como ese valor es 1 menos la probabilidad, el producto es máximo cuando las dos valen 0,5. Las tareas extremas son, en cambio, las que prefieren quienes solo buscan **evitar el fracaso**.

1. Las tareas muy fáciles dan poca satisfacción, porque su valor incentivo es bajo. Son las que elegiría quien solo busca evitar el fracaso, porque en ellas la probabilidad de éxito es mayor.
2. Es la predicción de Atkinson para la alta necesidad de logro.
3. En las muy difíciles el valor incentivo es alto, pero el riesgo de fallar también, y la tendencia de aproximación queda baja. Las eligen quienes buscan evitar el fracaso, porque este se justifica fácilmente por la dificultad de la tarea.
4. El capítulo distingue necesidades implícitas y autoatribuidas, pero no dice nada de evitar tareas evaluadas con autoinformes. No forma parte de la teoría de Atkinson sobre la elección de tareas.

TABLA 11.1: TENDENCIA A APROXIMARSE AL ÉXITO

Nivel de dificultad	Pe	Ie = (1 − Pe)	Te = Pe × (1 − Pe)
Alto	0,2	0,8	0,16
Medio	0,5	0,5	0,25
Bajo	0,8	0,2	0,16

Fuente: Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017), vol. I, cap. 11, tabla 11.1

Ojo. El PDF del corpus no lleva números de página impresos; el pasaje está en el capítulo 11, junto a la tabla 11.1.

Trampa. Las opciones 1 y 3 describen la conducta real de las personas motivadas por evitar el fracaso, que se van a los extremos.

Para fijarlo. 0,5 × 0,5 = 0,25: el producto más alto está en el medio.

REFERENCIA OFICIAL — Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Pág. 438.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 24, PIR 2021 · n.º 38

60 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 4

Los estudios sociohistóricos de la personalidad realizados por Jean Twenge (2000, 2001) indican que el incremento del Neuroticismo/Ansiedad se asocia con:

1 Una disminución del individualismo.

2 Cambios en el estilo educativo orientados hacia una mayor permisividad.

3 Un incremento en la movilidad de la población y globalización.

4 Un aumento del número de personas que viven solas y disminución de la tasa de nacimientos. ✓

El aumento del Neuroticismo se liga al deterioro de las relaciones interpersonales

Twenge (2000, 2001) analizó la evolución de los valores medios poblacionales en Extraversión y Neuroticismo/Ansiedad durante varias décadas y encontró que las dos dimensiones aumentaron. Al buscar qué cambios sociales podían explicarlo, el manual separa los dos casos. El **incremento del Neuroticismo/Ansiedad** parece asociado a un **deterioro en la calidad de las relaciones interpersonales**, reflejado en el aumento de las **personas que viven solas** y de los divorcios, la **disminución de la tasa de nacimientos** y el **incremento del individualismo**, junto al aumento, al menos percibido, de amenazas como la criminalidad, las nuevas enfermedades o el desempleo.

1 El manual habla de un incremento del individualismo, no de una disminución.

2 Los cambios en el estilo educativo hacia una mayor permisividad se asocian con la evolución de la Extraversión.

3 El incremento de la movilidad de la población también se asocia con la Extraversión, porque obliga a tratar con más gente y a abrirse a las relaciones.

4 Son dos de los indicadores del deterioro de las relaciones interpersonales que el manual liga al Neuroticismo/Ansiedad.

Ojo. El Ministerio cita Bermúdez, Pérez García y Sanjuán (2017), vol. II, págs. 193-194. El corpus solo tiene el volumen I de esa obra, que no recoge el pasaje. La respuesta se sostiene con Bermúdez et al. (2011), cap. 4, págs. 189-190.

Trampa. Las opciones 2 y 3 son hallazgos verdaderos del mismo estudio, pero de la otra dimensión, la Extraversión.

Para fijarlo. Más gente sola y menos nacimientos, más ansiedad; más movilidad y más permisividad, más extraversión.

REFERENCIA OFICIAL

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. II. UNED. Págs. 193-194.

EN EL ATLAS

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

61

PSICOBIOLOGÍA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la anomalía neurobiológica que mejor explica la dislexia del desarrollo, según los hallazgos en estudios postmortem y de neuroimagen?:

1 Una disminución generalizada en el volumen de la corteza cerebral, afectando las áreas motoras y el cerebelo.

2 Un incremento en la actividad de las áreas posteriores del cerebro (occipito-temporal) en comparación con los lectores normales.

3 Trastornos en la migración neuronal (ectopias y dislaminación de capas corticales) y una reducción en la asimetría normal del Planum Temporale izquierdo. ✓

4 Un déficit en el procesamiento visual auditivo causado por la hipoactivación de la corteza prefrontal medial.

La dislexia se asocia a trastornos de la migración neuronal y a menos asimetría temporal

Rosselli, Matute y Ardila resumen lo que han mostrado los estudios posmortem y de neuroimagen sobre el sustrato de la dislexia. En cuanto al **tipo de alteración**, los disléxicos presentan **anormalidades corticales microscópicas**, en forma de **colecciones ectópicas y dislaminación de las capas corticales**, conocidas como **trastornos de la migración neuronal**. Además, tienen anomalías estructurales en el **lóbulo temporal**, con **reducción de la asimetría que caracteriza al cerebro normal**. Estas anomalías reducen la conectividad cortico-cortical. En cuanto a la **localización**, las regiones disfuncionales son la parieto-temporal y la temporo-occipital del hemisferio izquierdo.

1 El manual no describe una disminución generalizada del volumen cortical ni una afectación de las áreas motoras y el cerebelo. Las anomalías que recoge son microscópicas y se localizan en regiones posteriores del hemisferio izquierdo.

2 La opción invierte el hallazgo, porque al leer el niño disléxico presenta hipoactivación de las áreas posteriores e hiperactividad de las anteriores en comparación con los lectores normales.

3 Recoge los dos hallazgos del manual: trastornos de la migración neuronal y reducción de la asimetría temporal normal.

4 El manual no sitúa el problema en un déficit visual-auditivo por hipoactivación prefrontal medial. Las áreas frontales que menciona son las del giro frontal inferior, que se activan como sistema compensatorio.

Ojo. El manual habla de reducción de la asimetría en el lóbulo temporal sin nombrar el planum temporale, que es como lo formula la opción. Collado et al. (2023), cap. 6, sí lo formula como la opción: pérdida de la asimetría del planum temporale por aumento del derecho, y ectopias por células que no llegan a su capa durante la migración neuronal. De las otras referencias oficiales, Blakemore y Frith (2011), Cómo aprende el cerebro, Ariel, no está en el corpus, y de Collado et al. el corpus tiene la edición de 2023 y no la de 2017 que cita el Ministerio.

Para fijarlo. En la dislexia las neuronas se pierden por el camino: ectopias, capas desordenadas y un temporal izquierdo menos asimétrico.

REFERENCIA OFICIAL

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). Neuropsicología del desarrollo infantil. Manual Moderno. Cap. 6, pág. 141. Collado Guirao, P. et al. (2017). Psicología fisiológica. UNED. Pág. 343. Blakemore, S. J. y Frith, U. (2011). Cómo aprende el cerebro: las claves para la educación. Ariel. Págs. 158-159.

EN EL ATLAS

Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Rosselli no es fuente de este tema. Se estudia con Collado (Ampliación).

62

PSICOBIOLOGÍA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 2

La hipótesis del marcador somático, propuesta por A. Damasio, sugiere que:

1. Las decisiones se toman a través de procesos racionales, sin influencia emocional.
2. Las sutiles modificaciones corporales (marcadores somáticos) reflejan estados emocionales que guían la toma de decisiones, especialmente en situaciones con incertidumbre moral o ética. ✓
3. El daño en la corteza orbitofrontal mejora la toma de decisiones al eliminar la influencia de las emociones.
4. La capacidad de recordar eventos autobiográficos específicos a largo plazo está alterada.

Los marcadores somáticos son señales corporales que guían la toma de decisiones

Para Damasio, el cuerpo reacciona según el entorno y el cerebro registra esos cambios en **mapas** asociados a cada situación, de modo que la emoción y su correlato fisiológico **resurgen cuando se repiten esas circunstancias**. Los **marcadores somáticos** son esas **respuestas anticipadas**, con un componente heredado y otro aprendido, que permiten **anticipar las consecuencias positivas o negativas de diferentes decisiones** y responder rápido. Según Damasio, están **al servicio de la mejor toma de decisiones** y son un mecanismo rápido de valoración emocional. Redolar añade que las emociones pueden señalar aspectos de una situación o consecuencias de posibles acciones, de forma abierta o encubierta, y que participan en la intuición y en el comportamiento social.

1. Damasio defiende que las emociones participan en el razonamiento y ayudan a la razón.
2. Resume la hipótesis: señales corporales ligadas a estados emocionales que guían la toma de decisiones.
3. Redolar advierte que, cuando se prescinde por completo de las emociones, como en algunos estados neurológicos, el razonamiento resulta todavía más defectuoso. Los pacientes con lesiones frontales de Damasio tenían alterado el comportamiento social.
4. La hipótesis trata de la relación entre emoción y decisión; ninguno de los dos manuales la vincula con el recuerdo autobiográfico a largo plazo.

Ojo. Collado et al. (2023) señalan que la hipótesis no ha recibido verificación experimental en los términos en que está formulada, aunque le reconocen el mérito de haber abierto la investigación sobre cuerpo y emoción. El Ministerio cita la edición de 2017 de Collado (pág. 285) y la 2.ª edición de Redolar (2023, págs. 661-662); en el corpus están Collado 2023 y Redolar 2014.

Para fijarlo. El marcador somático es un aviso del cuerpo: antes de decidir, ya sientes si aquello acabó bien o mal la última vez.

REFERENCIA OFICIAL: Collado Guirao, P. et al. (2017). Psicología fisiológica. UNED. Pág. 285. Redolar Ripoll, D. (2023). Neurociencia cognitiva (2.ª ed.). Panamericana. Págs. 661-662.

EN EL ATLAS: Tema K12 · Emoción y cognición social. Se estudia con Redolar 2014 (Base) y Collado 2023 (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 30, PIR 2023 · n.º 4

63 PSICOBIOLOGÍA

K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual

Respuesta correcta: 4

¿Qué hormona segregada por los testículos durante el desarrollo embrionario impide la formación del sistema de Müller (precursor de los órganos sexuales femeninos)?:

1 Testosterona.

2 Dihidrotestosterona.

3 Inhibina.

4 Hormona antimülleriana. ✓

La hormona antimülleriana hace regresar los conductos de Müller

Collado explica que, en el macho, la masculinización de los genitales internos depende de dos hormonas del testículo. La **testosterona**, secretada por las **células de Leydig** desde la 8.ª semana de gestación, induce la diferenciación de los **conductos de Wolf** en epidídimo, vasos deferentes y vesículas seminales. La **hormona antimülleriana**, una glucoproteína de las **células de Sertoli**, induce la **regresión de los conductos de Müller**, precursores del sistema reproductor interno femenino. La diferenciación de los genitales externos masculinos depende, en cambio, de la **dihidrotestosterona**, que se forma a partir de la testosterona por la enzima 5α-reductasa.

1 La testosterona de las células de Leydig diferencia los conductos de Wolf; no actúa sobre los de Müller.

2 La dihidrotestosterona se encarga de masculinizar los genitales externos: el tubérculo genital forma el pene y los pliegues urogenitales, la uretra.

3 El manual no incluye la inhibina en este proceso; atribuye la regresión de los conductos de Müller solo a la hormona antimülleriana.

4 Es la hormona de las células de Sertoli que induce la regresión de los conductos de Müller.

HORMONAS QUE DIFERENCIAN EL APARATO REPRODUCTOR DEL MACHO

Hormona	Efecto
Testosterona (células de Leydig)	Induce la diferenciación de los conductos mesonéfricos de Wolf en epidídimo, vasos deferentes y vesículas seminales
Hormona anti-Mülleriana (células de Sertoli)	Induce la regresión de los conductos paramesonéfricos de Müller
Dihidrotestosterona	Diferenciación de los genitales externos del macho; se forma a partir de la testosterona gracias a la enzima 5α-reductasa

Fuente: Collado et al. (2024), cap. 3, pág. 79

Ojo. El Ministerio cita la 2.ª edición de Redolar (2023), pág. 598, y Kandel, Schwartz y Jessell (2001), Principios de neurociencia (4.ª ed.), pág. 1133. Kandel no está en el corpus. La 1.ª edición de Redolar (2014), la del corpus, lo recoge en el cap. 22, pág. 576: las células de Sertoli producen la hormona antimülleriana, que promueve la regresión del conducto de Müller. La explicación sigue a Collado et al. (2024), cap. 3.

Para fijarlo. Leydig pone Wolf; Sertoli quita Müller.

REFERENCIA OFICIAL: Redolar Ripoll, D. (2023). Neurociencia cognitiva (2.ª ed.). Panamericana. Pág. 598. Kandel, E. R., Schwartz, J. H. y Jessell, T. M. (2001). Principios de neurociencia (4.ª ed.). McGraw-Hill. Pág. 1133.

EN EL ATLAS: Tema K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual. Se estudia con Collado 2024 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 4

64

PSICOBIOLOGÍA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 1

Según los hallazgos neuropsicológicos (como el caso H.M.), ¿cuál es el papel principal del hipocampo en el proceso mnésico?:

1. Es esencial para la codificación inicial y la consolidación de nuevos recuerdos declarativos (recuerdos episódicos y también recuerdos semánticos), aunque no es el almacén final. ✓
2. Es el almacén primario de todos los recuerdos a largo plazo, sean declarativos o procedimentales.
3. Se encarga de la manipulación activa de la información a corto plazo, facilitando la memoria de trabajo.
4. Media la expresión de las respuestas emocionales inconscientes, como el condicionamiento del miedo.

El hipocampo codifica y consolida la memoria declarativa, pero no la almacena

Redolar abre el capítulo de los sistemas de memoria con esta idea: el **sistema del lóbulo temporal medial**, formado por las cortezas entorrinal, perirrinal y parahipocampal y el **hipocampo**, es **crítico para la codificación y la consolidación** de las memorias **accesibles a la conciencia**, las que pueden explicitarse. Sin embargo, **no es el sistema en el que se almacenan** esas memorias, y tampoco parece necesario para codificar y consolidar otros tipos de memoria, como saber montar en bicicleta. La memoria explícita incluye la **episódica** y la **semántica**, y las dos dependen del lóbulo temporal medial y del diencéfalo.

1. Es la idea del manual: codifica y consolida la memoria declarativa, episódica y semántica, pero no es su almacén.
2. El manual niega las dos cosas: el lóbulo temporal medial no es donde se almacenan las memorias declarativas, y la memoria procedimental no depende de él.
3. La manipulación activa de información a corto plazo es la memoria de trabajo, y el capítulo la relaciona con la corteza prefrontal y las regiones posteriores.
4. Las respuestas del condicionamiento del miedo dependen de la amígdala: según Redolar, las lesiones de su núcleo central afectan a todas ellas.

Ojo. El Ministerio cita la 2.ª edición de Redolar (2023), pág. 451, y la 8.ª de Snell (2019), pág. 305. En el corpus están Redolar 2014, donde el pasaje equivalente está en el cap. 16, pág. 411, y Snell 2014 (7.ª ed.).

Para fijarlo. El hipocampo hace de imprenta de los recuerdos declarativos; la biblioteca donde se guardan está en otra parte.

REFERENCIA OFICIAL: Redolar Ripoll, D. (2023). Neurociencia cognitiva (2.ª ed.). Panamericana. Pág. 451. Splittgerber, R. (2019). Snell. Neuroanatomía clínica (8.ª ed.). Wolters Kluwer. Pág. 305.

EN EL ATLAS: Tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias. Se estudia con Redolar 2014 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 8, PIR 2025 · n.º 72

65

PSICOBIOLOGÍA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 2

¿En cuáles de las siguientes funciones está especialmente implicado el hipotálamo?:

1. Regula la actividad simpática y parasimpática, decide si se activan procesos atencionales automáticos o controlados y regular el metabolismo alimentario.
2. Facilitar la comunicación entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, regular la actividad simpática y parasimpática, y controlar el metabolismo hídrico. ✓
3. Lleva a cabo la integración motora, el relevo sensorial y la valencia afectiva en la percepción de caras.
4. Controlar los ritmos circadianos, la coordinación de movimientos y la consolidación de la memoria.

El hipotálamo une el sistema nervioso con el endocrino y regula el medio interno

Snell describe el hipotálamo como el **centro director del cerebro para el mantenimiento del medio interno**. Asume el **control del sistema nervioso autónomo**, y el área anterior y la preóptica influyen en las respuestas **parasimpáticas** y los núcleos posteriores y laterales en las **simpáticas**. Además, **integra la función autónoma y la neuroendocrina** para preservar la homeostasis, y controla la hipófisis anterior mediante factores de liberación e inhibición. Entre sus funciones está la **regulación de la ingesta de agua**: el centro de la sed y el control de la osmolaridad mediante la vasopresina. También regula la temperatura, el hambre y la saciedad, la expresión física de la emoción y los ritmos circadianos.

1. Acierta con el control autónomo y la ingesta, pero la decisión entre procesos atencionales automáticos o controlados no figura entre las funciones del hipotálamo que recoge Snell.
2. Reúne tres funciones que Snell atribuye al hipotálamo: el enlace con el sistema endocrino, el control autónomo y la regulación del agua.
3. La integración motora, el relevo sensorial y la valencia afectiva de las caras no están entre las funciones del hipotálamo que enumera el manual.
4. El control de los ritmos circadianos sí le corresponde, a través del núcleo supraquiasmático, pero la coordinación de movimientos y la consolidación de la memoria no figuran entre sus funciones.

FUNCIONES DEL HIPOTÁLAMO SEGÚN SNELL

Función	En qué consiste
Control autónomo	Centro nervioso superior para el control de los centros autónomos del tallo cerebral y la médula espinal; respuestas parasimpáticas y simpáticas
Control endocrino	Factores de liberación o factores inhibidores de la liberación que controlan la producción hormonal del lóbulo anterior de la hipófisis
Regulación de la temperatura	La porción anterior controla los mecanismos que disipan el calor corporal
Regulación de la ingesta de alimentos y de agua	Centro del hambre, centro de la saciedad y centro de la sed; vasopresina
Emoción y comportamiento	Expresión física de la emoción
Ritmos circadianos	Núcleo supraquiasmático, que recibe fibras aferentes de la retina

Fuente: Snell (2014), cap. 13, «Funciones del hipotálamo»

Ojo. El Ministerio cita la 8.ª edición de Snell (2019), pág. 380, y Gowin y Kothmann (2018), pág. 114. El corpus tiene la 7.ª edición de Snell (2014), cuyo PDF no conserva la paginación impresa, así que se cita el apartado.

Trampa. Las opciones 1 y 4 mezclan una función real del hipotálamo con otra que no lo es.

Para fijarlo. El hipotálamo es el termostato, la despensa y el grifo del cuerpo, y además manda en la hipófisis.

REFERENCIA OFICIAL

Splittgerber, R. (2019). Snell. Neuroanatomía clínica (8.ª ed.). Wolters Kluwer. Pág. 380. Gowin, J. y Kothmann, W. (2018). El cerebro humano: método de autoaprendizaje utilizando el color. Librero. Pág. 114.

EN EL ATLAS Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Snell 2014 (Consulta).

66

PSICOBIOLOGÍA

K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es el lugar principal de producción del líquido cefalorraquídeo (LCR)?

1. La sustancia blanca cerebral.
2. El espacio subaracnoideo.
3. Los plexos coroideos. ✓
4. Las vellosidades aracnoideas.

El líquido cefalorraquídeo se forma sobre todo en los plexos coroideos

Snell lo dice en la primera línea del apartado de formación: el líquido cefalorraquídeo se forma **principalmente en los plexos coroideos** de los ventrículos laterales, tercero y cuarto. Una parte menor procede de las células ependimarias que recubren los ventrículos y de la sustancia encefálica a través de los espacios perivasculares. Los plexos lo **secretan activamente**, a unos 0,5 ml por minuto, con un volumen total de unos 150 ml. Después el líquido **circula** de los ventrículos al **espacio subaracnoideo** y se **absorbe** sobre todo en las **vellosidades aracnoideas**, que se proyectan en los senos venosos de la duramadre.

1. La sustancia encefálica aporta solo una parte pequeña, a través de los espacios perivasculares. No es el lugar principal de producción.
2. El espacio subaracnoideo es por donde circula el líquido después de salir del cuarto ventrículo, no donde se forma.
3. Los plexos coroideos son el lugar principal de formación del líquido cefalorraquídeo.
4. Las vellosidades aracnoideas son los principales lugares de absorción: devuelven el líquido a los senos venosos y funcionan como válvulas.

Ojo. El Ministerio cita la 8.ª edición de Snell (2019), pág. 425, y Gowin y Kothmann (2018), pág. 187. El corpus tiene la 7.ª edición de Snell (2014), cuyo PDF no conserva la paginación impresa, así que se cita el apartado.

Trampa. Los distractores 2 y 4 nombran estructuras reales del recorrido del líquido, pero de la circulación y de la absorción, no de la producción.

Para fijarlo. Se fabrica en los plexos, viaja por el espacio subaracnoideo y se desagua por las vellosidades.

REFERENCIA OFICIAL Splittgerber, R. (2019). Snell. Neuroanatomía clínica (8.ª ed.). Wolters Kluwer. Pág. 425. Gowin, J. y Kothmann, W. (2018). El cerebro humano: método de autoaprendizaje utilizando el color. Librero. Pág. 187.

EN EL ATLAS Tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso. Se estudia con Snell 2014 (Consulta).

67 PSICOBIOLOGÍA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la característica clínica fundamental que permite diferenciar las afasias transcorticales (tanto motora como sensorial) de las perisilvianas (Broca y Wernicke)? :

1 En las transcorticales está afectada la repetición del lenguaje oído; esta función se mantiene en las perisilvianas.

2 En las transcorticales está preservada la repetición del lenguaje oído; está función está afectada en las perisilvianas. ✓

3 En las transcorticales está afectada la conciencia de las dificultades (hay anosognosia); esta función se mantiene en las perisilvianas.

4 En las transcorticales está preservada la conciencia de las dificultades; esta función está afectada en las perisilvianas (hay anosognosia).

En las afasias transcorticales se conserva la repetición

Redolar describe la **afasia transcortical motora** como una afectación del habla espontánea parecida a la de Broca, pero **manteniendo intacta la repetición**, y la **sensorial** como una afectación de la comprensión **con la repetición preservada**, lo que se llama repetición sin comprensión. Kolb y Whishaw lo recogen en su cuadro de síndromes afásicos: las dos formas transcorticales que recoge, la de síndrome de aislamiento y la motora, tienen **buena repetición**, mientras que en la afasia de **Wernicke** y en la de **Broca** grave la repetición es **escasa**. Esa es la diferencia clínica que separa los dos grupos.

1 Invierte la diferencia, porque la repetición se conserva en las transcorticales y está alterada en Broca y Wernicke.

2 Es el rasgo que distingue a los dos grupos según los dos manuales.

3 Ninguno de los dos manuales separa estos grupos por la conciencia del déficit; el criterio que comparten es la repetición. Redolar sí dice que en la transcortical sensorial los pacientes no son conscientes de sus dificultades, pero como parte de un perfil parecido al de Wernicke, no como rasgo que la separe de las perisilvianas.

4 Por la misma razón, la anosognosia no es el criterio diferencial entre transcorticales y perisilvianas.

REPETICIÓN EN LAS AFASIAS PERISILVIANAS Y TRANSCORTICALES (CUADRO 19.3 DE KOLB Y WHISHAW)

Síndrome	Tipos de producción de la palabra	Repetición
De Wernicke (sensitiva)	Palabra fluente sin trastornos de la articulación	Escasa repetición
Transcortical (síndrome de aislamiento)	Palabra fluente sin trastornos de la articulación	Buena repetición
De Broca (de expresión), grave	Articulación laboriosa	Escasa repetición
Transcortical motora	Tendencia pronunciada a la reducción y la inercia	Buena repetición

Fuente: Kolb y Whishaw (2017), cap. 19, cuadro 19.3, pág. 537

Ojo. El Ministerio cita la 2.ª edición de Redolar (2023), pág. 512; en la 1.ª edición del corpus (2014) el pasaje está en el recuadro 19-3 del cap. 19, págs. 493-495. La segunda referencia, Kolb y Whishaw, pág. 537, coincide con la edición del corpus. Ojo con los nombres: Kolb y Whishaw llaman «transcortical (síndrome de aislamiento)» a una afasia fluente con escasa comprensión, mientras que Belloch reserva «aislamiento de las áreas del lenguaje» para la transcortical mixta (pregunta 75).

Para fijarlo. En las transcorticales el loro funciona, porque el paciente repite bien aunque no entienda o no hable por sí mismo.

REFERENCIA OFICIAL: Redolar Ripoll, D. (2023). Neurociencia cognitiva (2.ª ed.). Panamericana. Pág. 512. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2015). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Pág. 537.

EN EL ATLAS: Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Se estudia con Redolar 2014 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 15, PIR 2022 · n.º 22, PIR 2024 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 75

68

PSICOBIOLOGÍA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 4

El circuito de activación por defecto (CAD) o red neuronal por defecto:

1. Se desarrolla y madura muy tempranamente en la etapa infantil, quedando completo su desarrollo madurativo entre los 2 y los 4 años.
2. Es una red centrada en zonas posteriores del cerebro, y no implica al córtex prefrontal.
3. Se produce únicamente cuando la persona entra en meditación/relajación profunda y consigue dejar la mente en blanco y no pensar.
4. Puede estar activada mientras la persona divaga y fantasea con el futuro. ✓

La red por defecto se activa al divagar y al pensar en el futuro

Kolb y Whishaw explican que la **red por defecto** vincula regiones cerebrales lejanas que se activan cuando la persona descansa en lugar de hacer tareas concretas. Pero recogen la advertencia de Buckner de que el nombre es engañoso, porque la red también está activa al **pensar en el propio pasado** (memoria autobiográfica), al **pensar en el futuro** o cuando **la mente está vagando**. Redolar coincide en que el circuito de activación por defecto se activa con **tareas internas** como soñar despierto, imaginarse el futuro o recordar, y también cuando se pierde por momentos la atención focalizada. Incluye la **corteza prefrontal ventromedial y dorsomedial**, el cíngulo, el precúneo, la corteza parietal lateral y el hipocampo.

1. Según Redolar, en la infancia las regiones del circuito están separadas y se van integrando a lo largo de los años, como muestra una figura que compara cerebros con edades medias de 8,48, 13,21 y 25,48 años.
2. La red incluye la corteza prefrontal dorsomedial y ventromedial, además de regiones posteriores.
3. No hace falta dejar la mente en blanco, porque la red se activa con actividad mental interna, como imaginar, recordar o divagar.
4. Es lo que señalan los dos manuales: está activa cuando la mente vaga y cuando se piensa en el futuro.

Ojo. El Ministerio cita la 2.ª edición de Redolar (2023), pág. 243; en la 1.ª edición del corpus (2014) el circuito de activación por defecto está en el cap. 5, págs. 154-155.

Para fijarlo. La red por defecto se enciende cuando dejas de mirar fuera y empiezas a pensar en ti.

REFERENCIA OFICIAL

Redolar Ripoll, D. (2023). Neurociencia cognitiva (2.ª ed.). Panamericana. Pág. 243. Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (2015). Neuropsicología humana (7.ª ed.). Panamericana. Cap. 16, pág. 431.

EN EL ATLAS

Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Kolb y Whishaw no es fuente de este tema. Se estudia con Redolar 2014 (Ampliación).

69 PSICOBIOLOGÍA

K7 · Control motor

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la distinción funcional principal entre la Apraxia Ideomotora y la Apraxia Ideatoria?:

1 La apraxia ideatoria se caracteriza por la incapacidad de realizar gestos intransitivos o simbólicos, a diferencia de la Apraxia ideomotora, que afecta únicamente a gestos transitivos.

2 La apraxia ideomotora es un déficit en la programación espaciotemporal de los movimientos aprendidos, mientras que la ideatoria es un trastorno en la concepción de las secuencias de actos o en el conocimiento del uso de objetos. ✓

3 La apraxia ideomotora aparece tras lesiones frontales del hemisferio izquierdo, mientras que la Apraxia ideatoria está ligada exclusivamente a lesiones subcorticales.

4 La Apraxia Ideatoria tiene conservadas las fórmulas motoras mientras que en la Apraxia Ideomotora están alteradas.

En la apraxia ideomotora falla la programación del movimiento y en la ideatoria, la secuencia o el uso de los objetos

Junqué define la **apraxia ideomotora** como una **alteración en la programación espacio-temporal de los movimientos**: posturas anómalas y patrones espaciales y temporales anómalos en movimientos intencionados, aunque suele reconocerse el objetivo. La **apraxia ideacional o ideatoria** se asoció históricamente a la dificultad para realizar **secuencias de acciones** que requieren usar varios objetos en el orden correcto, y hoy se usa también para una alteración del **sistema semántico de las acciones**, con errores de contenido en el **uso de los objetos**. Gil la describe de modo parecido, como la incapacidad de manipular objetos, con gestos desorganizados, como el paciente que no sabe abrir la caja de cerillas.

1 No es esa la diferencia. Según Junqué, en la ideomotora se afectan más los gestos transitivos que los intransitivos, y Gil limita en la práctica la ideomotora a los gestos intransitivos; ninguno define la ideatoria por los gestos simbólicos.

2 Recoge la distinción de los dos manuales: programación espacio-temporal frente a secuencia de actos y conocimiento del uso de los objetos.

3 La ideomotora se asocia a lesiones parietales y frontales izquierdas, y la ideatoria no está ligada exclusivamente a lesiones subcorticales: Gil la relaciona con la parte posterior del hemisferio izquierdo, sobre todo la región temporoparietal.

4 Ninguno de los dos manuales distingue estas apraxias por la conservación de las fórmulas motoras. Para el grupo de Heilman, la ideacional es también un trastorno del sistema de producción.

Ojo. Los dos manuales no coinciden en el tipo de gesto: Junqué dice que en la ideomotora se afectan más los transitivos, mientras que Gil la limita en la práctica a los intransitivos. Además, Junqué advierte que «ideacional» es uno de los términos más confusos del campo.

Para fijarlo. En la ideomotora el paciente sabe qué hacer, pero lo hace torcido; en la ideatoria no sabe qué hacer ni en qué orden.

REFERENCIA OFICIAL: Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Cap. 6, pág. 204. Gil, R. (2018). Neuropsicología. Elsevier. Págs. 121 y 125.

EN EL ATLAS: Tema K7 · Control motor. Se estudia con Junqué y Barroso (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 65

70

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E12 · Evaluación neuropsicológica

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina la prueba que se suele utilizar en la evaluación preoperatoria antes de la cirugía de la epilepsia para determinar la lateralización del lenguaje y evaluar riesgo de amnesia, que se realiza usualmente utilizando amital intracarotídeo para generar anestesia selectiva de cada hemisferio cerebral?

1. Test de Wada. ✓
2. Test de Harris.
3. Test de Edimburgo.
4. Test de lateralidad Martin-Lobo.

El test de Wada anestesia un hemisferio con amital intracarotídeo

Junqué explica que la **anestesia cerebral regional** forma parte de los procedimientos preoperatorios del tratamiento quirúrgico de la epilepsia. La usó por primera vez **John Wada** en 1948, y la técnica actual se llama **test del amital sódico intracarotídeo** o **test de Wada**. Se cateteriza la carótida interna, se inyecta el anestésico y, si se ha dormido el hemisferio dominante para el lenguaje, el paciente presenta una afasia global transitoria. Tirapu incluye el test de Wada entre las pruebas previas a la cirugía de la epilepsia, junto a la neuroimagen y la evaluación neuropsicológica, para estimar el riesgo de deterioro cognitivo posquirúrgico.

1. Es la prueba de amital intracarotídeo que describen los dos manuales.
2. El test de Harris aparece en la tabla de pruebas neuropsicológicas de Tirapu como prueba de dominancia, junto al inventario de Edimburgo; no implica ninguna anestesia.
3. El inventario de Edimburgo (Oldfield) figura en esa misma tabla como prueba de dominancia manual.
4. El test de lateralidad de Martin-Lobo no aparece en las obras consultadas, y en cualquier caso no se trata de una prueba de anestesia hemisférica.

Ojo. El Ministerio cita la 1.ª edición de Tirapu (2008), págs. 354-355; en la 2.ª edición del corpus (2011) el pasaje está en las mismas páginas. La técnica en sí se describe con detalle en Junqué y Barroso (2009), pág. 42.

Para fijarlo. Wada duerme medio cerebro para ver qué funciones se quedan sin dueño.

REFERENCIA OFICIAL

Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú, F. (2008). Manual de neuropsicología. Viguera. Págs. 354-355.

EN EL ATLAS

Tema E12 · Evaluación neuropsicológica. Tirapu 2011 no es fuente de este tema. Junqué y Barroso es Consulta del tema K1 · Métodos y técnicas de investigación.

71 PSICOBIOLOGÍA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 4

¿Qué evento ocurre inmediatamente después de la entrada de iones Calcio (Ca 2+) al botón terminal durante la transmisión sináptica química?:

1 La despolarización de la membrana postsináptica.

2 La unión de los neurotransmisores a los receptores postsinápticos.

3 La degradación enzimática del neurotransmisor.

4 La movilización de las vesículas sinápticas hacia la membrana. ✓

La entrada de calcio moviliza las vesículas hacia la membrana presináptica

Del Abril resume la transmisión sináptica química en una secuencia numerada. Cuando el potencial de acción llega al botón terminal, se abren **canales de Ca2+ dependientes de voltaje**. La **entrada de Ca2+ moviliza las vesículas sinápticas hacia la membrana presináptica**, con la que se fusionan para verter su contenido en la hendidura. El calcio, directamente o a través de intermediarios, facilita la unión de las vesículas a las zonas densas de la membrana. Solo después el neurotransmisor se une a los **receptores postsinápticos**, se abren canales iónicos en la membrana postsináptica y, al final, el neurotransmisor se **inactiva** por degradación enzimática o por recaptación.

1 La despolarización de la membrana postsináptica llega más tarde, cuando el neurotransmisor ya se ha unido a sus receptores y se han abierto los canales iónicos.

2 La unión a los receptores postsinápticos es el paso 4: exige antes que las vesículas liberen el neurotransmisor.

3 La degradación enzimática es uno de los dos mecanismos que ponen fin a la transmisión, junto con la recaptación.

4 Es el paso inmediato a la entrada de calcio, según el manual.

SECUENCIA DE LA TRANSMISIÓN SINÁPTICA QUÍMICA

Paso	Qué ocurre
1	Los neurotransmisores se sintetizan y se almacenan en las vesículas sinápticas
2	El potencial de acción alcanza el botón terminal y abre canales de Ca2+ dependientes de voltaje
3	La entrada de Ca2+ moviliza las vesículas hacia la membrana presináptica; se fusionan y vierten su contenido a la hendidura
4	Los neurotransmisores se unen a los receptores postsinápticos y se abren canales iónicos
5 y 6	Enzimas especializadas degradan el neurotransmisor o el botón terminal lo recapta

Fuente: Del Abril et al. (2009), cap. 10, figura 10.15, págs. 417-418

Trampa. Las cuatro opciones son pasos reales de la sinapsis; la pregunta solo pide ordenarlos.

Para fijarlo. Entra el calcio y las vesículas se mueven hacia la membrana, porque el calcio es la señal que las moviliza.

REFERENCIA OFICIAL

Del Abril Alonso, A. et al. (2009). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Págs. 417 y 550. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Pág. 34.

EN EL ATLAS

Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Del Abril 2016 (Base).

72

PSICOBIOLOGÍA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 4

En el síndrome de Korsakoff:

1. La memoria episódica y la semántica están igualmente alteradas tanto en la fase anterógrada como retrógrada, lo que resulta en un deterioro cognitivo global.
2. La amnesia anterógrada es moderada y la capacidad de adquirir nueva información solo se ve levemente afectada, mientras que la amnesia retrógrada es total.
3. La amnesia retrógrada no presenta un gradiente temporal, afectando por igual a los sucesos de la infancia y a los recientes.
4. La amnesia anterógrada para registrar nuevos hechos es severa, a pesar de que la memoria semántica se mantiene conservada. ✓

El Korsakoff combina una amnesia anterógrada grave con la memoria semántica conservada

El síndrome de Korsakoff se debe a la combinación de alcoholismo crónico y déficit de **tiamina**. Junqué describe a un paciente despierto y atento, que razona y resuelve problemas, con la memoria inmediata y la **memoria remota relativamente intactas**, una **amnesia retrógrada con gradiente temporal** (afecta a los últimos años y respeta lo lejano) y memoria implícita y procedimental intactas; su CI supera al cociente de memoria en 20-30 puntos. Gil añade el núcleo del cuadro: una **amnesia anterógrada** con olvido progresivo que borra los acontecimientos en unas decenas de segundos, mientras **los conocimientos culturales y didácticos se conservan** y la inteligencia y el razonamiento están preservados.

1. No hay un deterioro global: la memoria semántica, la inteligencia y el razonamiento se conservan, y la retrógrada respeta los recuerdos antiguos.
2. Invierte el cuadro, porque lo central es la amnesia anterógrada, y la retrógrada es parcial y con gradiente temporal.
3. Junqué es explícito: la amnesia retrógrada del Korsakoff presenta un gradiente temporal, y Gil añade que los recuerdos de la infancia están conservados.
4. Es el perfil que describen los dos manuales: anterógrada grave con conocimientos semánticos conservados.

Ojo. El Ministerio cita Junqué y Barroso, págs. 127-128, pero en el PDF del corpus (misma edición) esas páginas tratan las afasias; el síndrome de Korsakoff está en las págs. 102-104. En Gil, las págs. 365-366 del corpus (2019) coinciden con las que cita el Ministerio.

Para fijarlo. Korsakoff juega al ajedrez, pero al acabar ya no recuerda la partida.

REFERENCIA OFICIAL	Junqué, C. y Barroso, J. (2009). Manual de neuropsicología. Síntesis. Págs. 127 y 128. Gil, R. (2018). Neuropsicología. Elsevier. Págs. 365 y 366.
EN EL ATLAS	Tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias. Se estudia con Junqué y Barroso (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 72, PIR 2015 · n.º 158, PIR 2016 · n.º 69, PIR 2017 · n.º 205, PIR 2025 · n.º 64

73 PATRONES CLÍNICOS

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes trastornos tiene como uno de los criterios centrales la presencia de alucinaciones visuales complejas recurrentes, bien formadas y detalladas, además de signos motores espontáneos de parkinsonismo?

1 Enfermedad de Parkinson.

2 Demencia fronto-temporal.

3 Demencia con cuerpos de Lewy. ✓

4 Corea de Huntington.

Las alucinaciones visuales y el parkinsonismo espontáneo apuntan a la demencia con cuerpos de Lewy

En el resumen de criterios que recoge Tirapu, la **demencia con cuerpos de Lewy** tiene como rasgo central un deterioro cognitivo progresivo, a veces sin trastorno de memoria notable al principio, y **tres rasgos primarios**: **fluctuaciones cognitivas**, **alucinaciones visuales** y **parkinsonismo**. Junqué añade que, si aparece uno de los tres, el diagnóstico es posible, y si aparecen dos, probable. Los criterios del DSM-5 piden además alucinaciones visuales **recurrentes, bien formadas y detalladas** y rasgos espontáneos de parkinsonismo que **empiezan después** del declive cognitivo, con el trastorno de conducta del sueño REM y la sensibilidad grave a los neurolépticos como rasgos sugestivos.

1 En la enfermedad de Parkinson los signos motores son el núcleo del cuadro y la demencia, cuando aparece, es subcortical. Los criterios de Lewy exigen además que el parkinsonismo empiece después del declive cognitivo.

2 Los criterios esenciales de la demencia frontotemporal son conductuales: inicio insidioso, trastorno precoz de la conducta social y de la autorregulación, indiferencia emocional y anosognosia precoces.

3 Alucinaciones visuales y parkinsonismo son dos de sus tres rasgos primarios.

4 La corea de Huntington aparece en la clasificación de Tirapu entre las demencias subcorticales; las alucinaciones visuales no forman parte de sus criterios.

Ojo. Junqué recuerda que aún se discute si la demencia con cuerpos de Lewy es una entidad distinta de la demencia de la enfermedad de Parkinson. La segunda referencia oficial, Triviño, Arnedo y Bembibre (2020), Neuropsicología a través de casos clínicos, Panamericana, pág. 347, no está en el corpus.

Para fijarlo. Lewy tiene tres patas: fluctúa, ve cosas y se mueve como un parkinsoniano.

REFERENCIA OFICIAL: Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú, F. (2008). Manual de neuropsicología. Viguera. Pág. 378. Triviño Mosquera, M., Arnedo Montoro, M. y Bembibre Serrano, J. (2020). Neuropsicología a través de casos clínicos. Panamericana. Pág. 347.

EN EL ATLAS: Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con Junqué y Barroso (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 54, PIR 2022 · n.º 55, PIR 2023 · n.º 57

74

PSICOBIOLOGÍA

K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal

Respuesta correcta: 4

La hemineglígencia:

1. Es un término que se puede utilizar como sinónimo de la hemianopsia ipsilateral y es muy poco frecuente.
2. Cursa con la parálisis motora de los miembros superiores inferiores.
3. El paciente es consciente de sus propios déficits y tiende a corregirlos espontáneamente, realizando movimientos compensatorios para poder tener en cuenta todo el campo visual.
4. Suele presentarse en pacientes que han sufrido daño cerebral en el lóbulo parietal derecho. ✓

La hemineglígencia se asocia a lesiones parietales derechas

Tirapu define la **hemineglígencia** como un síndrome en el que el paciente **ignora la región del espacio contralateral a la lesión**, casi siempre el lado izquierdo. Es un problema atencional, **no sensorial ni perceptivo**, y una de las alteraciones atencionales más frecuentes tras un daño cerebral. El predominio de las hemineglígencias izquierdas por **lesión derecha** es claro: el síndrome se observa tras lesiones del giro supramarginal derecho, y el capítulo de daño cerebral adquirido lo asocia a las lesiones del **hemisferio parietal derecho**. Suele cursar con **anosognosia**, es decir, el paciente no es consciente de que ignora parte del entorno.

1. No es una hemianopsia, porque el manual subraya que no se trata de un problema sensorial ni perceptivo, y tampoco es poco frecuente: es una de las alteraciones atencionales más habituales tras un daño cerebral.
2. La hemineglígencia es un trastorno de la atención; el manual no la define por una parálisis motora.
3. La hemineglígencia suele cursar con anosognosia, y esa falta de conciencia dificulta la rehabilitación.
4. Es lo que recoge el manual: predominan las hemineglígencias izquierdas por lesiones parietales derechas.

Ojo. La segunda referencia oficial, Triviño, Arnedo y Bembibre (2020), pág. 79, no está en el corpus. En la 2.ª edición de Tirapu (2011) el apartado de hemineglígencia está en las págs. 163-164, la misma página que cita el Ministerio de la edición de 2008.

Para fijarlo. Con una lesión parietal derecha el mundo pierde su lado izquierdo, y el paciente no se da cuenta.

REFERENCIA OFICIAL

Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M. y Maestú, F. (2008). Manual de neuropsicología. Viguera. Pág. 164. Triviño Mosquera, M., Arnedo Montoro, M. y Bembibre Serrano, J. (2020). Neuropsicología a través de casos clínicos. Panamericana. Pág. 79.

EN EL ATLAS

Tema K14 · Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal. Tirapu 2011 no es fuente de este tema. Se estudia con Redolar 2014 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 205

75 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Psicopatología del Lenguaje

Respuesta correcta: 3

¿En qué trastorno afásico los pacientes muestran un habla normal al repetir, una comprensión auditiva muy deteriorada y fluidez muy pobre en la emisión espontánea?:

1 Afasia de Broca.

2 Afasia motora transcortical.

3 Afasia transcortical mixta. ✓

4 Afasia global.

En la afasia transcortical mixta se repite bien, pero no se comprende y apenas hay habla espontánea

La tabla de síndromes afásicos corticales de Belloch describe la **afasia transcortical mixta**, o **aislamiento de las áreas del lenguaje**, por lesiones en las zonas que rodean al córtex perisilviano. El habla está alterada pero es **normal cuando repite**, la **comprensión auditiva** está **muy deteriorada** y hay **fluidez al repetir, pero muy pobre en la emisión espontánea**. Con frecuencia la repetición es ecolálica. Es la combinación exacta del enunciado.

1 En la afasia de Broca la comprensión está más preservada y la repetición es pobre.

2 La afasia motora transcortical comparte la buena repetición y la pobreza de la emisión espontánea, pero su comprensión auditiva está dentro de lo normal.

3 Reúne los tres rasgos del enunciado.

4 En la afasia global el habla está muy afectada, con estereotipias y automatismos, y nada indica que la repetición se conserve; Kolb y Whishaw le atribuyen escasa repetición.

TABLA 9.1 DE BELLOCH: CUATRO SÍNDROMES AFÁSICOS QUE SE CONFUNDEN

Síndrome	Habla	Comprensión auditiva	Otros rasgos
Afasia de Broca	Laboriosa por los trastornos articulatorios	Más preservada, pero puede estar afectada	Agramatismo y falta de fluidez; repetición pobre
Afasia motora transcortical	Muy afectada; tiende a la reducción e inercia	Dentro de lo normal	Fluidez normal en la repetición y al nombrar objetos, pero se reduce en las emisiones espontáneas; anomia
Transcortical mixta	Alterada; normal cuando repite	Muy deteriorada	Fluidez al repetir, pero muy pobre en la emisión espontánea; con frecuencia, repetición ecolálica
Afasia global	Muy afectado; estereotipias y automatismos	Muy afectada	Depresión; hemiplejía derecha

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

Para fijarlo. «Aislamiento de las áreas del lenguaje» es el otro nombre de la transcortical mixta, porque la lesión rodea al córtex perisilviano y deja la repetición, a menudo ecolálica.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 286.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 106, PIR 2022 · n.º 22, PIR 2024 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 67

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes es uno de los factores comunes de las terapias familiares sistémicas?:

1. Alterar la visión de la familia sobre el problema, para que esté más contextualizada y tenga una lógica lineal.
2. Explicitar y hacer circular la experiencia emocional interna, habitualmente no compartida. ✓
3. Aumentar la frecuencia de las interacciones diádicas, como vía principal de cambio dentro del sistema.
4. Disminuir la tasa de interacciones metacomunicativas.

Hacer circular la experiencia emocional no compartida es un factor común sistémico

El capítulo de Fonseca sobre psicoterapia familiar-sistémica enumera, a partir de la revisión de Lebow (2014), seis **factores comunes específicos** de estas terapias: **alterar la visión de la familia sobre el problema** para que esté más contextualizada y tenga una **lógica circular**; **disminuir la tasa de interacciones conflictivas** o problemáticas; **explicitar y hacer circular la experiencia emocional interna, habitualmente no compartida**; **incrementar los patrones de interacción constructivos**; promover los **recursos del sistema** para resolver problemas; y favorecer la **alianza terapéutica intrasistema**. La opción 2 reproduce el tercero.

1. Pone «lineal» donde el manual dice «circular», porque la visión del problema tiene que ganar una lógica circular.
2. Es el tercero de los factores comunes que recoge el manual.
3. El manual habla de incrementar los patrones de interacción constructivos, no de aumentar las interacciones diádicas como vía principal de cambio.
4. Lo que hay que disminuir es la tasa de interacciones conflictivas o problemáticas, no las metacomunicativas.

Trampa. Los tres distractores toman un factor real del listado y le cambian una palabra: «lineal» donde el manual dice «circular», «diádicas» donde dice «constructivos» y «metacomunicativas» donde dice «conflictivas».

Para fijarlo. En sistémica todo es circular: el problema, las emociones que circulan y la alianza entre los propios miembros del sistema.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 7, pág. 243.

EN EL ATLAS: Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación).

77 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 2

En la Terapia de Esquemas de Young, ¿cuál de las siguientes descripciones se corresponde con la función que cumple el modo del adulto sano?:

1 Promover la autorregulación emocional a través del control cognitivo y la evitación de emociones desbordantes.

2 Integrar y moderar a los modos disfuncionales. ✓

3 Reducir la intensidad de los esquemas mediante la confrontación racional de las creencias nucleares.

4 Mantener la estabilidad del sistema de modos reforzando las conductas de afrontamiento sobrecompensatorio.

El modo adulto sano modera a los modos disfuncionales

Rodríguez Morejón explica que en la terapia de esquemas un **modo** es el esquema o conjunto de esquemas, con sus estilos de afrontamiento, que están activos en un momento dado. Young y colaboradores distinguen diez modos agrupados en cuatro categorías: los **modos de niño**, los **modos de afrontamiento desadaptativos** (sumiso, evitador y sobrecompensador), los **modos de padre desadaptativos** (castigador o crítico y exigente) y el **modo adulto sano**, que es **el equilibrado** y el que **se va a desarrollar con la terapia para que modere a los demás**.

1 Evitar emociones desbordantes recuerda al modo evitador, uno de los modos de afrontamiento desadaptativos, que se aísla emocional y socialmente. No es la función del adulto sano.

2 Es la función que le asigna el manual: el modo equilibrado que modera a los demás.

3 Confrontar los esquemas con datos de realidad es una posición del terapeuta, la confrontación empática, no la función de un modo del paciente.

4 El sobrecompensador es un modo de afrontamiento desadaptativo; el adulto sano no lo refuerza.

Ojo. El Ministerio cita las págs. 330-336, pero en el PDF del corpus (misma edición) esas páginas tratan la terapia de Guidano; la terapia de esquemas y los modos están en el cap. 17, págs. 313-315.

Para fijarlo. Young agrupa diez modos en cuatro categorías (niño, afrontamiento desadaptativo, padre desadaptativo y adulto sano), y la terapia busca fortalecer el último.

REFERENCIA OFICIAL — Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Págs. 330-336.

EN EL ATLAS — Tema F19 · Terapia cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 148

78 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 2

Castonguay et al. (2019) han propuesto diferentes principios asociados al cambio en psicoterapia y los han organizado en varias categorías. ¿En cuál de ellas se incluirían las preferencias del paciente y su estilo de afrontamiento?:

1 Factores relacionados con el pronóstico del paciente.

2 Factores moderadores del paciente. ✓

3 Factores relacionados con variables de proceso del paciente.

4 Factores asociados a la relación terapéutica.

Preferencias y estilo de afrontamiento son factores moderadores del consultante

Castonguay et al. (2019) revisaron las mejores pruebas disponibles y describieron **38 principios del cambio** agrupados en **cinco categorías**, que Fonseca resume en la tabla 2.4. Los **factores moderadores del consultante** son características de la persona **presentes antes de la terapia** que **interaccionan con ella** e influyen en su eficacia, y el manual dice expresamente que **las preferencias del paciente o su estilo de afrontamiento** se incluyen en este apartado. Un ejemplo de principio de esta clase: los clientes con estilo de afrontamiento externalizador se benefician más de una terapia centrada en cambios conductuales y en la reducción de síntomas.

1 Los factores pronósticos son características asociadas a la mejoría tras el tratamiento, como el nivel socioeconómico, el estilo de apego, las expectativas, la motivación o la gravedad del caso.

2 Es la categoría en la que el manual sitúa expresamente las preferencias y el estilo de afrontamiento.

3 Las variables de proceso son conductas del consultante durante la terapia, como la participación activa o la resistencia.

4 Los factores de la relación terapéutica son elementos de la interacción con el clínico, como la empatía del terapeuta, su capacidad de reparar rupturas en la alianza o el uso adecuado de autorrevelaciones.

TABLA 2.4: CATEGORÍAS DE PRINCIPIOS DE CAMBIO (CASTONGUAY ET AL., 2019)

Categoría	Qué incluye
Pronóstico del consultante	Nivel socioeconómico, estilo de apego, expectativas, motivación, gravedad del caso
Moderadores del consultante	Características previas a la terapia que interaccionan con ella, como las preferencias del paciente o su estilo de afrontamiento
Variables de proceso del consultante	Conductas presentes durante la terapia, como la participación activa o la resistencia
Relación terapéutica	Empatía del terapeuta, capacidad de reparar rupturas en la alianza, uso adecuado de autorrevelaciones
Intervenciones del terapeuta	Conductas del clínico durante el tratamiento, como ser más o menos flexible y dar y recibir feedback preciso del desarrollo de la terapia

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 2, tabla 2.4, pág. 79

Para fijarlo. Lo que el paciente trae puesto antes de empezar y cambia cómo le sienta la terapia es un moderador.

REFERENCIA OFICIAL Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 2, pág. 79.

EN EL ATLAS Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Se estudia con Fonseca Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 186, PIR 2023 · n.º 132, PIR 2024 · n.º 86, PIR 2024 · n.º 167, PIR 2025 · n.º 79

79

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 4

Una psicóloga clínica que trabaja en un dispositivo de atención a las adicciones, al final de cada sesión, dedica un tiempo a preguntar a los pacientes qué opinan del método que están siguiendo en la terapia, si las sesiones les resultan útiles y si se han sentido comprendidos por ella. ¿Qué tipo de práctica está llevando a cabo?:

1. Una adaptación a los estadios de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente.
2. La reparación de rupturas en la alianza terapéutica.
3. La entrevista Motivacional.
4. La obtención de feedback sobre el proceso terapéutico. ✓

Preguntar al final de la sesión por su utilidad es obtener feedback

Rodríguez Morejón lo incluye entre sus recomendaciones para ser un buen terapeuta. El **feedback** es una herramienta muy valiosa en psicoterapia, así que hay que **buscar maneras de obtenerlo**, con **escalas** o **preguntando directamente a las personas**. El caso clínico del capítulo de Fonseca sobre las características del consultante muestra su utilidad. El terapeuta de Michel creía que las sesiones iban bien, pero el **feedback** del paciente en la escala de evaluación de la sesión y en el C-NIP indicaba lo contrario. El manual concluye que la intuición del terapeuta sobre cómo van las sesiones puede ser inexacta y que un **método estructurado de feedback** ayuda a saber cómo vive el cliente la terapia. Preguntar por el método, por la utilidad de las sesiones y por si se ha sentido comprendido es una forma de obtenerlo.

1. El modelo transteórico describe cinco etapas de motivación al cambio y sirve para adecuar el tratamiento a la etapa del paciente. Preguntar por la utilidad de las sesiones no es adaptarse a un estadio.
2. Reparar rupturas es una tarea de la relación terapéutica cuando la alianza se ha dañado. Aquí no se describe ninguna ruptura, sino una práctica sistemática al final de cada sesión.
3. La entrevista motivacional (Miller y Rollnick) busca explorar con el consultante sus necesidades y deseos intrínsecos para favorecer el cambio, y Fonseca la cita como ejemplo de tratamiento en el que la empatía pasa a ser un elemento específico. El enunciado no describe ninguna técnica para aumentar la motivación.
4. Es pedir feedback sobre el proceso, la práctica que recomiendan los dos manuales.

Ojo. El Ministerio cita Rodríguez Morejón, pág. 551; la recomendación sobre el feedback está en la pág. 552 del PDF del corpus. En Fonseca, la pág. 109 que cita el Ministerio abre el caso de Michel, que continúa en la pág. 110.

Trampa. El contexto de adicciones empuja hacia el modelo transteórico y la entrevista motivacional, pero lo que se describe no depende del tipo de problema.

Para fijarlo. Si el terapeuta pregunta «¿cómo lo estoy haciendo?», está pidiendo feedback.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 3, pág. 109. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Pág. 551.

EN EL ATLAS: Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Fonseca Adultos no es fuente de este tema. Rodríguez Morejón es Ampliación del tema F2.

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 190, PIR 2025 · n.º 78

80 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Psicopatología del Lenguaje

Respuesta correcta: 1

¿Cómo se denomina a la estereotipia verbal en la que el paciente repite palabras o sílabas de su propio discurso?:

1 Palilalia. ✓

2 Ecolalia.

3 Perseveración semántica.

4 Taquifemia.

Repetir palabras o sílabas del propio discurso es palilalia

Belloch define la **palilalia** como un **tic o estereotipia verbal parecida a la ecolalia**, con una diferencia: lo que repite el paciente son **palabras o sílabas de su propio discurso**. Se asocia a las **demencias** y otros trastornos orgánicos cerebrales y es también un síntoma de **catatonía**. La **ecolalia**, en cambio, es la repetición en eco de las últimas sílabas, palabras o frases breves que acaba de pronunciar **otra persona**.

1. Es la definición de palilalia que da Belloch.
2. La ecolalia repite lo que acaba de decir otra persona, no el propio discurso.
3. En la perseveración el paciente vuelve una y otra vez a la misma palabra, idea o tema a lo largo del discurso, porque le cuesta cambiar de tema; no es una estereotipia de sílabas.
4. La taquifemia o farfulleo es un trastorno del habla por rapidez excesiva, omisión de sílabas y articulación imprecisa, sin repeticiones estereotipadas.

Ojo. La pregunta está en el tema A8 del Atlas, pero en Belloch el pasaje forma parte del capítulo 8, de psicopatología del pensamiento (lista de trastornos formales de Andreasen). La taquifemia se define en el capítulo 9, pág. 294.

Para fijarlo. Eco repite al otro; pali repite lo suyo.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 237.

EN EL ATLAS: Tema A8 · Psicopatología del lenguaje. Belloch 2020 no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

81 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Psicopatología del Pensamiento

Respuesta correcta: 4

A diferencia del descarrilamiento, el paciente con discurso circunstancial:

1 Alcanza el propósito del discurso con paréntesis escasos o inexistentes.

2 Hace uso de excesivos paréntesis en respuesta a estímulos no inmediatos.

3 Da gran cantidad de detalles e información anómala por su carácter perseverante.

4 Proporciona detalles que, aunque irrelevantes, guardan alguna relación con el tema principal. ✓

La circunstancialidad llega a la meta del discurso

En la circunstancialidad la persona se pierde en detalles y paréntesis, y puede hablar mucho tiempo si no se la interrumpe. Belloch la separa del **descarrilamiento** por dos rasgos: a pesar de los excesivos paréntesis, la persona **alcanza la meta o propósito del discurso**, y los detalles, aunque irrelevantes, **guardan alguna relación con el tema principal**. En el descarrilamiento, en cambio, el paciente se va alejando del tema sin darse cuenta.

1 Alcanza el propósito del discurso, sí, pero lo hace con excesivos paréntesis, no con paréntesis escasos o inexistentes.

2 Los paréntesis de la circunstancialidad tienen que ver con el tema del que se habla; el manual no los describe como respuesta a estímulos ajenos a la conversación.

3 El carácter perseverante corresponde a la perseveración: volver una y otra vez a la misma idea o palabra. La circunstancialidad no se define por la repetición.

4 Es literal del manual: los detalles, aunque irrelevantes, guardan alguna relación con el tema principal.

TRES TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO QUE SE CONFUNDEN

Alteración	Qué la define	Clave diferencial
Circunstancialidad	Se pierde en detalles innecesarios y tarda mucho en alcanzar la meta	Alcanza la meta; los detalles guardan alguna relación con el tema principal
Tangencialidad	Responde de modo tangencial e incluso irrelevante a las preguntas	Se aplica únicamente al diálogo, no a transiciones en el habla espontánea
Descarrilamiento	Habla espontánea en la que las ideas no se relacionan entre sí o lo hacen de manera tangencial	El paciente se va alejando del tema sin darse cuenta

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 8, págs. 234-236

Para fijarlo. El circunstancial da un rodeo pero llega; el tangencial responde de lado a lo que se le pregunta; el descarrilado se va alejando del tema sin darse cuenta.

REFERENCIA OFICIAL: 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 · Psicopatología del pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 57, PIR 2017 · n.º 200, PIR 2019 · n.º 148, PIR 2022 · n.º 31, PIR 2024 · n.º 143

82 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Psicopatología de la Memoria

Respuesta correcta: 2

El paciente amnésico:

1 Suele expresar su memoria de forma consciente y precisa para hechos recientes, aunque olvida los remotos.

2 Muestra dificultades para conectar de forma significativa unidades amplias de información. ✓

3 Muestra un mayor deterioro en tareas de memoria implícita (por ejemplo, priming o aprendizaje motor) que en tareas explícitas de recuerdo consciente.

4 Presenta una alteración generalizada de la memoria semántica, manteniendo conservada la capacidad para recordar experiencias personales y su contexto

El amnésico no logra conectar unidades amplias de información

Belloch repasa varias explicaciones teóricas de la amnesia (Hirst, Mayes, Tulving, Schacter, Mandler) y concluye que todas comparten una misma distinción. Hay una **memoria más pasiva y automática**, que se expresa de forma **fragmentaria y no consciente**, y que **el amnésico mantiene**. Y hay una **memoria activa**, que requiere recursos cognitivos y que **expresa unidades amplias de información conectadas entre sí de forma significativa**, probablemente con la mediación de la conciencia; esa es la que en el amnésico está **severamente dañada**. Schacter lo resume diciendo que el amnésico actúa como si solo pudiera recoger piezas de información aisladas, sin formar una representación episódica unificada.

1 Lo que se deteriora en el amnésico es el recuerdo consciente. Según Tulving, la conciencia autonoética está dañada de forma selectiva, y el amnésico vive en un «presente perpetuo».

2 Es la conclusión del manual: falla la memoria activa que conecta unidades amplias de información de forma significativa.

3 La memoria pasiva, automática y no consciente es la que el amnésico conserva; el deterioro está en la explícita.

4 Según Tulving, el sistema más dañado en la amnesia es el episódico, ligado a la referencia personal y al contexto espacio-temporal; la opción invierte el patrón.

Para fijarlo. El amnésico guarda piezas sueltas, pero no consigue montar el puzle.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 206.

EN EL ATLAS: Tema A6 · Psicopatología de la memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 94

83 PATRONES CLÍNICOS

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

Según Farina et al. (2019), ¿cuál de los siguientes enunciados refleja con mayor precisión la distinción entre disociación y desintegración?:

1 La disociación describe una desconexión gradual entre afecto y cognición, mientras que la desintegración especifica fallos generalizados en la memoria autobiográfica.

2 La desintegración afecta a la conectividad cerebral y las funciones integradoras de alto orden, mientras que la disociación supone una recomposición funcional en sistemas psíquicos diferenciados. ✓

3 Desde una perspectiva integradora; el término desintegración se reserva a fenómenos somáticos y el de disociación a fenómenos cognitivos.

4 La disociación refleja un proceso regresivo de tipo emocional, mientras que la desintegración corresponde a alteraciones estructurales del sistema nervioso central.

La desintegración daña la conectividad; la disociación recompone la mente en partes

Belloch recoge la distinción de **Farina et al. (2019)**, basada en hallazgos empíricos. En la **desintegración**, las emociones desbordantes y las defensas arcaicas activadas por el trauma afectan a la **conectividad cerebral** y, con ella, a las **funciones integradoras de alto orden**: la conciencia, la continuidad del self, el control de las emociones y de la conducta, la representación corporal y la mentalización. Le corresponden la despersonalización, la desrealización, la desregulación emocional repentina y la caída brusca de la monitorización metacognitiva. En la **disociación**, en cambio, ante el fallo de integración se produce una **recomposición de los elementos psíquicos de modo más separado**, una **reorganización funcional** de la mente en estructuras paralelas persistentes, con síntomas como la amnesia, la personalidad múltiple, los trastornos conversivos o las somatizaciones persistentes.

1 Ninguna de las dos definiciones coincide con el manual. Además, la amnesia figura entre los síntomas de la disociación, no de la desintegración.

2 Recoge las dos definiciones de Farina et al. tal como las resume el manual.

3 La distinción no separa lo somático de lo cognitivo: la disociación incluye síntomas somáticos, como los trastornos conversivos y las somatizaciones persistentes.

4 El manual no describe la disociación como un proceso regresivo, sino como una recomposición de los elementos psíquicos en partes separadas.

DESINTEGRACIÓN Y DISOCIACIÓN SEGÚN FARINA ET AL. (2019)

Proceso	Qué ocurre	Síntomas
Desintegración	Las emociones desbordantes y las defensas arcaicas afectan a la conectividad cerebral y a las funciones integradoras de alto orden	Despersonalización y desrealización, desregulación emocional repentina, disminución brusca de monitorización metacognitiva
Disociación	Ante el fallo de integración, recomposición de los elementos psíquicos de modo más separado; reorganización funcional en estructuras paralelas persistentes	Amnesia, personalidad múltiple, trastornos conversivos, fragmentación del sentido del self, somatizaciones persistentes, alexitimia

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2024), vol. II, cap. 8, pág. 298

Para fijarlo. Desintegrar es que se caigan los cables; disociar es reorganizar la casa en habitaciones separadas.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 298.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 84

84

PATRONES CLÍNICOS

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

Una mujer de 34 años con antecedentes de maltrato infantil relata que, tras discutir con su pareja, siente que "una parte de mí se desconecta y actúa sola". En esos momentos adopta un tono agresivo y luego no recuerda bien lo sucedido. Entre episodios, funciona con normalidad en su trabajo y relaciones. Según la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart et al., 2006), ¿cuál es la explicación oportuna de este patrón?:

1. Episodio disociativo por activación del sistema vagal dorsal, con desconexión ante la amenaza interpersonal.
2. Alternancia entre una personalidad aparentemente normal (PAN) y una parte emocional (PE) fijada en recuerdos traumáticos no integrados. ✓
3. Despersonalización secundaria con distorsión perceptiva, pero conservación de la continuidad del self.
4. Activación parcial de partes disociativas menores dentro de la PAN, sin división estructural del self.

En el caso se alternan una parte aparentemente normal y una parte emocional fijada en el trauma

Según la **teoría de la disociación estructural** que resume Belloch, el trauma separa dos sistemas que quedan **rígidamente fijados**: el de defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión), que es la **parte emocional de la personalidad (PE)**, y el que lleva adelante las tareas de la vida cotidiana, la **personalidad aparentemente normal (PAN)**. Esa escisión está presente en todos los trastornos derivados del trauma, del trastorno de estrés postraumático al trastorno de identidad disociativo, y la fragmentación es mayor cuanto más grave es la traumatización. La teoría habla de **síntomas negativos**, como las pérdidas de memoria, y **positivos**, que la PAN vive como intrusiones. En el caso, la mujer funciona bien en el día a día (PAN) y, ante el conflicto con la pareja, una parte agresiva «actúa sola» y después no recuerda bien lo ocurrido (PE).

1. El capítulo recoge la hipótesis de Porges (2017) sobre la rama parasimpática dorsovagal, que gestiona la respuesta de colapso ante una amenaza inescapable, pero en el apartado de regulación emocional. La teoría de la disociación estructural explica el patrón por la escisión entre PAN y PE.
2. Es la explicación de la teoría: alternancia entre la PAN y una PE fijada en el trauma.
3. En la despersonalización la persona se observa como un espectador, desconectada del cuerpo o de las emociones. Aquí hay algo más: una parte que actúa por su cuenta y una laguna de memoria posterior.
4. La teoría parte de una división estructural entre la PAN y la PE, así que una explicación sin división del self la contradice.

> **Para fijarlo.** PAN para trabajar, PE para defenderse: el trauma las separa y cada una toma el mando por turnos.

REFERENCIA OFICIAL — Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 299.

EN EL ATLAS — Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 210, PIR 2025 · n.º 83

85 PATRONES CLÍNICOS

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

Según la CIE-11, el trastorno de disforia por la integridad corporal se caracteriza por un deseo intenso y persistente de tener una discapacidad física importante, que se acompaña de una incomodidad persistente con, o de sentimientos negativos intensos hacia:

1. El funcionamiento o la configuración actual del propio cuerpo. ✓
2. La imposibilidad de cumplir roles sociales esperados en función del género o la edad.
3. La presencia de una apariencia corporal considerada socialmente inadecuada o imperfecta.
4. El temor persistente a padecer una enfermedad grave asociada a la pérdida de la función corporal.

La disforia por la integridad corporal rechaza el cuerpo tal como está configurado

La tabla de Belloch con las características esenciales de la CIE-11 define el **trastorno de disforia por la integridad corporal** como un **deseo intenso y persistente de tener una discapacidad física importante** (amputación de una pierna, paraplejia, ceguera), acompañado de una **incomodidad persistente** o de **sentimientos negativos intensos sobre el funcionamiento o la configuración actual del propio cuerpo**. El deseo tiene consecuencias perjudiciales, empieza en la adolescencia temprana y no se explica mejor por otro trastorno mental, por disforia de género ni por una condición médica.

1. Es la formulación de la CIE-11 que recoge el manual.
2. Los roles de género no forman parte del cuadro; de hecho, la CIE-11 exige que los síntomas no se expliquen mejor por disforia de género.
3. La preocupación por defectos de la apariencia es propia del trastorno dismórfico corporal. El manual señala que en la disforia por la integridad corporal la persona no se preocupa por lo que los demás piensen de su aspecto.
4. La preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave es la característica principal del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Ojo. La segunda referencia oficial es la propia CIE-11 (OMS, 2019); el corpus tiene la versión de 2025, sin paginación de libro.

Trampa. Cada distractor describe el núcleo de otro cuadro con el que la CIE-11 obliga a hacer diagnóstico diferencial: disforia de género, trastorno dismórfico corporal y ansiedad por enfermedad.

Para fijarlo. En la disforia por la integridad corporal la persona siente que su cuerpo solo estará «correcto» con la discapacidad.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 331. Organización Mundial de la Salud (2019). CIE-11. Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 102

86 PATRONES CLÍNICOS

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

M., de 47 años, vive rodeada de grandes cantidades de objetos cotidianos sin valor (envases, ropa usada, el agua usada de la bañera). No los guarda deliberadamente, ni adquiere nuevos, pero le resulta muy difícil deshacerse de los que ya tiene, generando gran malestar. Según la CIE-11, este patrón corresponde a:

1 Conductas de conservación precautoria.

2 Conductas activas de acumulación.

3 Evitación ansiosa ante la pérdida de control.

4 Conductas pasivas de acumulación. ✓

No deshacerse de lo que llega a casa es acumulación pasiva

Belloch compara los criterios del trastorno de acumulación en el DSM-5 y la CIE-11 y señala que son muy parecidos, con **una única diferencia**: la CIE-11 describe que la acumulación puede producirse de forma **pasiva**, porque **la persona no se deshace de los objetos que llegan al hogar**, o de forma **activa**, **adquiriendo nuevos bienes** al comprar en exceso, recoger cosas gratuitas o robar. M. no busca ni adquiere objetos nuevos; simplemente no puede desprenderse de los que ya tiene, así que su patrón es de acumulación pasiva.

1 La CIE-11, según el manual, solo distingue dos formas de acumular, pasiva y activa; no habla de conservación precautoria.

2 La acumulación activa exige adquirir objetos nuevos, comprándolos, recogiéndolos gratis o robándolos, y M. no adquiere nada.

3 La evitación ansiosa ante la pérdida de control no es una de las formas de acumulación que describe la CIE-11.

4 Corresponde a la forma pasiva: no se deshace de lo que ya tiene.

Ojo. El DSM-5 no recoge esta distinción como criterio, pero pide especificar si la dificultad para deshacerse de las posesiones se acompaña de adquisición excesiva. Además, en la tabla 5.4 (pág. 164) la CIE-11 llama pasiva a la necesidad de amasar objetos que llegan, como folletos o correos, y recoge aparte, como segunda vía, la dificultad para deshacerse de las posesiones. El caso de M. encaja sobre todo en esta segunda vía. La clave se sostiene con el resumen del texto (pág. 162), que describe la forma pasiva como no deshacerse de los objetos que llegan al hogar, y ninguna otra opción encaja.

Para fijarlo. En la acumulación pasiva no sale nada de casa; en la activa, además, entra de todo.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 162.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

87 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

Como señalan Abramowitz et al. (2018), la eficacia de la exposición con prevención de respuesta (EPR) en el tratamiento del TOC se explica principalmente porque:

1. La exposición produce la extinción del miedo condicionado mediante la habituación progresiva.
2. Refuerza la tolerancia a la ansiedad por medio de la repetición y la fatiga fisiológica.
3. Favorece la incorporación de nueva información que modifica la estructura del miedo y genera una nueva relación inhibitoria entre los estímulos temidos y la ausencia de amenaza. ✓
4. Su eficacia depende de la reducción gradual de la evitación y de las conductas de neutralización.

Abramowitz subraya el aprendizaje inhibitorio en la EPR

Fonseca recoge que **Abramowitz et al. (2018)** destacan la importancia del **aprendizaje inhibitorio**, que genera **una nueva relación entre los estímulos que evocan el miedo y la ausencia de amenaza**, además del mecanismo tradicional de la **exposición con prevención de respuesta (EPR)**, basado en la **extinción y la habituación**. De ahí se derivan medidas para potenciar la **ruptura de las expectativas negativas** y generalizar las asociaciones inhibitorias a múltiples contextos. La opción 3 es la que recoge esa explicación.

1. La extinción y la habituación son, según el manual, el mecanismo tradicional de la EPR. Abramowitz et al. no lo niegan, pero lo que destacan es el aprendizaje inhibitorio.
2. El manual no atribuye la eficacia de la EPR a la fatiga fisiológica por repetición.
3. Es el aprendizaje inhibitorio que destacan Abramowitz et al.: una nueva relación entre los estímulos temidos y la ausencia de amenaza.
4. Reducir la evitación y la neutralización describe lo que se hace en la EPR, pero no el mecanismo que explica por qué funciona.

Ojo. El manual advierte que la evidencia empírica sobre el aprendizaje inhibitorio en el TOC es todavía limitada (Deacon et al., 2013), aunque es congruente con la EPR y puede potenciarla.

Trampa. La opción 1 es verdadera como explicación clásica; la pregunta pide expresamente la de Abramowitz et al.

Para fijarlo. Además de la habituación, la EPR enseña una relación nueva: el estímulo temido y la ausencia de amenaza.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, pág. 396.

EN EL ATLAS: Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 69, PIR 2015 · n.º 231, PIR 2022 · n.º 210, PIR 2024 · n.º 114, PIR 2024 · n.º 119

88 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia | Anulada | Revisar

Anulada

En la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al tratamiento del dolor crónico, ¿qué objetivo tiene la fase denominada: "el control como problema"?

1 Ayudar al paciente a debilitar el contexto verbal y social que controla al dolor.

2 Ayudar al paciente a establecer un espacio seguro desde el cual pueda experimentar las sensaciones y emociones asociadas al dolor

3 Ayudar al paciente a observar sus pensamientos y sentimientos desde una perspectiva de distancia o defusión.

4 4Ayudar al paciente a reconocer que la eliminación del dolor es una estrategia de control que no funciona y que, por tanto, debe ser abandonada.

Pregunta anulada: «el control como problema» enseña que eliminar el dolor no funciona

El Ministerio **anuló** esta pregunta y el manual no permite saber por qué. La tabla de Amigo con las fases de la **ACT para el dolor crónico** (Robinson, Wicksell y Olsson, 2004) asigna a la fase de **el control como problema** el objetivo de **ayudar al paciente a ver la eliminación del dolor como una estrategia que no funciona**, a ver la relación entre control y sufrimiento y a reconocer el papel de los eventos privados. En el texto, esta fase analiza las estrategias de control que ha usado el paciente y muestra que, como mucho, funcionan a corto plazo. La clave provisional (4) coincide con ese objetivo. Las otras tres opciones corresponden a otras fases de la misma tabla. No hemos encontrado en el corpus nada que haga defendible otra opción.

1 Debilitar el contexto verbal y social que controla el dolor es un objetivo de la fase de alterar el papel del lenguaje.

2 Establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor corresponde a la fase del self como contexto.

3 Observar pensamientos y sentimientos desde la perspectiva de un observador es también un objetivo de alterar el papel del lenguaje.

4 Es la clave provisional y coincide con el objetivo que la tabla asigna a esta fase.

TABLA 8.3 DE AMIGO: FASES DE LA ACT PARA EL DOLOR CRÓNICO (ROBINSON, WICKSELL Y OLSSON, 2004)

Fase	Objetivos
Desesperanza creativa	Percibir la falta de eficacia de sus estrategias para combatir el dolor; mostrarle otras formas de responder al dolor
El control como problema	Ver la eliminación del dolor como una estrategia que no funciona; ver la relación entre control y sufrimiento
Alterar el papel del lenguaje	Ver sus pensamientos y sentimientos desde la perspectiva de un observador; debilitar el contexto verbal/social que controla el dolor
El self como contexto	Ver el self como algo distinto de su mente; establecer un lugar seguro para vivir las experiencias relacionadas con el dolor
Valores	Identificar los valores importantes de su vida; proporcionarle fuerza motivacional para seguir funcionando con el dolor
Patrones de acción y compromiso	Desarrollar e implementar planes de conducta para cambiar la vida

Fuente: Amigo (2012), cap. 8, tabla 8.3, pág. 154

Ojo. La primera referencia oficial, la 5.ª edición de Amigo y González-Roz (2023, págs. 190-193), no está en el corpus; la 4.ª edición (tabla 10.3) y la de 2012, que es la 2.ª referencia oficial, traen la misma tabla con el mismo objetivo para el control como problema, así que no explican la anulación. En el cuadernillo, la opción 4 aparece impresa como «4Ayudar». Es una tabla que vuelve: ya dio una pregunta en el PIR 2023 y una opción en el PIR 2020.

Para fijarlo. Primero se ve que la pala no saca del agujero (desesperanza creativa); después, que cavar es el problema (el control como problema).

REFERENCIA OFICIAL	Amigo Vázquez, I. y González-Roz, A. (2023). Manual de psicología de la salud (5.ª ed.). Pirámide. Págs. 190-193. Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Pirámide. Pág. 154.
EN EL ATLAS	Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 57, PIR 2023 · n.º 107

89 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de creencias de salud, ¿qué determina la amenaza percibida de la enfermedad?

1 La susceptibilidad y gravedad percibida y las claves para la acción. ✓

2 Las creencias sobre la enfermedad que haya desarrollado la persona.

3 La creencia de la capacidad que tiene el sujeto para superar la enfermedad.

4 La vulnerabilidad a desarrollar una enfermedad según los antecedentes familiares.

En el modelo de creencias sobre la salud la amenaza nace de la susceptibilidad y la gravedad percibidas

Amigo presenta el **modelo de la creencia sobre la salud** de Becker y Maiman (1975), según el cual las conductas de salud dependen de la **vulnerabilidad percibida** por la persona respecto a lo amenazada que se encuentra su salud. La disposición a actuar depende de la **susceptibilidad personal** percibida a la enfermedad y de la **severidad percibida** de sus consecuencias. La decisión se ve además influida por el balance coste/beneficio de la conducta y por **claves para la acción**, internas o externas, como una tos persistente o el consejo del médico. Otros autores reúnen susceptibilidad, gravedad y claves para la acción en la **amenaza percibida**: cuanto más bajas son las dos primeras, más intensa tiene que ser la clave para que se dispare la acción.

1 Reúne la susceptibilidad y la gravedad percibidas y las claves para la acción, los elementos que el modelo relaciona con la amenaza percibida.

2 Las creencias que desarrolla la persona cuando ya padece una enfermedad aparecen en el manual como uno de los factores que influyen en los hábitos, en un apartado distinto del modelo.

3 La confianza en la propia capacidad no forma parte de la amenaza percibida. En la 4.ª edición de Amigo, el control percibido aparece como otro factor del modelo y se refiere a la capacidad de realizar la conducta, no de superar la enfermedad.

4 Los antecedentes familiares no figuran entre los componentes del modelo; las variables demográficas y psicosociales actúan solo de forma indirecta, como factores de modificación.

Ojo. En Amigo (2012) las claves para la acción aparecen como algo que dispara o facilita la conducta. La primera referencia oficial, Rodríguez-Marín y Neipp (2008), Manual de psicología social de la salud, Síntesis, págs. 118-121, no está en el corpus, y tampoco la 5.ª edición de Amigo y González-Roz (2023); la 4.ª edición del corpus recoge el mismo modelo en el cap. 2, apartado 4.1, con la motivación para la salud y el control percibido como factores añadidos.

Para fijarlo. La amenaza se resume en «me puede pasar» y «sería grave», y las claves para la acción dan el empujón final.

REFERENCIA OFICIAL: Rodríguez-Marín, J. y Neipp-López, M. C. (2008). Manual de psicología social de la salud. Síntesis. Págs. 118-121. Amigo Vázquez, I. y González-Roz, A. (2023). Manual de psicología de la salud (5.ª ed.). Pirámide. Pág. 35.

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 2024 · n.º 102

90 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de los siguientes NO es un factor protector de cara a desarrollar un Síndrome Post-Cuidados Intensivos Familiar (SPCI-F)?

1 Edad avanzada del paciente.

2 Creencias religiosas o espirituales fuertes.

3 Sensación de control percibida.

4 Rol pasivo en la toma de decisiones. ✓

El rol pasivo en la toma de decisiones no protege del SPCI-F

Gálvez-Herrer, Martínez-López y Heras-LaCalle dedican un apartado al **síndrome post-cuidados intensivos familiar (SPCI-F)**, el que pueden desarrollar los familiares del paciente ingresado en la UCI. Tras los factores de riesgo recogen los **factores protectores**, un área que califican de escasamente investigada: la **edad avanzada del paciente** (menos depresión y ansiedad entre los cuidadores), una mayor resiliencia, las **fuertes creencias religiosas** (menos depresión y TEPT), la **sensación de control percibido** (menos depresión), un mayor nivel educativo y el **rol activo en la toma de decisiones**. El rol pasivo aparece en el lado contrario, porque se asocia a mayores índices de ansiedad y depresión.

1 El manual cita la edad avanzada del paciente entre los factores protectores, porque se asocia a menos depresión y ansiedad entre los cuidadores.

2 Las fuertes creencias religiosas figuran entre los factores protectores y se asocian a menos depresión y TEPT.

3 La sensación de control percibido es otro factor protector, asociado a una menor tasa de depresión.

4 Lo que protege es el rol activo. Un rol pasivo en la toma de decisiones se asocia a mayores índices de ansiedad y depresión, así que no es un factor protector.

Trampa. Las tres opciones incorrectas son factores protectores literales del manual; la correcta invierte el último de la lista, el rol activo en la toma de decisiones.

Para fijarlo. Al familiar le protege decidir; el rol pasivo suma ansiedad y depresión.

REFERENCIA OFICIAL

Gálvez-Herrer, M., Martínez-López, P. y Heras-LaCalle, G. (2023). Manual de psicología en las unidades de cuidados intensivos. Pirámide. Págs. 352-354.

EN EL ATLAS

Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. Gálvez-Herrer no es fuente de este tema.

91 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 1

En relación con la regulación emocional en los trastornos mentales, ¿en cuál se observa una reactividad emocional especialmente intensa y duradera ante acontecimientos negativos, junto con una respuesta atenuada ante los positivos?:

1. Trastornos depresivos. ✓
2. Trastornos de ansiedad.
3. Trastorno de estrés postraumático.
4. Trastorno límite de la personalidad.

En la depresión lo negativo dura y lo positivo apenas se nota

Belloch dedica un apartado del capítulo de regulación emocional a los trastornos en los que estos problemas pesan más. Al describir los **trastornos depresivos** dice que estos pacientes **reaccionan a los acontecimientos negativos con emociones intensas y duraderas**, mientras que su **reacción a los positivos es muy reducida**. Esa mayor persistencia del estado de ánimo negativo parece estar presente incluso en personas vulnerables que todavía no tienen el trastorno, y se relaciona con una falta de activación de estrategias de regulación que hace que la tristeza se agrave con el tiempo y promueva espirales negativas. El manual añade que la depresión se caracteriza por un elevado afecto negativo y también por un **afecto positivo disminuido**.

1. Es la descripción literal que el manual da de los trastornos depresivos: reacción intensa y duradera a lo negativo y muy reducida a lo positivo.
2. En los trastornos de ansiedad el manual destaca otra cosa: miedo y ansiedad muy intensos y desproporcionados, problemas con las estrategias centradas en los antecedentes y un uso continuado de la supresión emocional.
3. El TEPT se asocia con una elevada reactividad emocional, sobre todo ante los estímulos relacionados con el trauma, y con la evitación de emociones y recordatorios. El manual no le atribuye la respuesta atenuada a lo positivo.
4. En el TLP el manual habla de desregulación emocional persistente, con alta reactividad, labilidad y un lento retorno a la línea de base. Describe una inestabilidad generalizada, y el enunciado plantea en cambio una asimetría entre lo negativo y lo positivo.

PROBLEMAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN CUATRO TRASTORNOS

Trastorno	Qué destaca el manual
Trastornos depresivos	Reaccionan a los acontecimientos negativos con emociones intensas y duraderas, mientras que su reacción a los positivos es muy reducida; estrategias poco eficaces, como la rumiación
Trastornos de ansiedad	Problemas con el uso de estrategias de regulación focalizadas en los antecedentes; estrategias de supresión emocional continuada de la ansiedad
TEPT	Elevada reactividad emocional ante los estímulos ambientales, especialmente los relacionados con el trauma; evitación tanto de emociones como de los distintos tipos de recordatorios
TLP	Desregulación emocional persistente: alta reactividad emocional, alta intensidad emocional, tendencia al afecto negativo, labilidad emocional y lento retorno a la línea de base emocional; impulsividad

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 11, págs. 362-364

> **Para fijarlo.** Además de esa asimetría, la depresión se asocia a la rumiación, un predictor muy importante de la sintomatología depresiva.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 362-364.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 107

92 PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de continuo psicótico propuesto por Van Os y Kapur (2009), ¿qué dimensiones se plantean como componentes en su visión transdiagnóstica de los trastornos psicóticos?

1 Dimensión psicótica, desorganizada, negativa y afectiva. ✓

2 Dimensión positiva, negativa y desorganizada.

3 Dimensión positiva, negativa, depresiva, maníaca y mixta.

4 Dimensión sintomática, conductual y afectiva.

Cuatro dimensiones: psicótica, desorganizada, negativa y afectiva

Belloch organiza el capítulo del espectro de la esquizofrenia alrededor de unas **dimensiones transdiagnósticas**, elegidas por su relevancia clínica, porque cada una sigue un curso propio (van Os y Kapur, 2009) y porque orientan la evaluación y la intervención. Son cuatro: **psicótica** o de distorsión de la realidad (alucinaciones y delirios), **desorganizada** (habla, cognición y comportamiento desorganizados), **negativa** y **afectiva** (depresión y manía).

1 Son exactamente las cuatro que recoge el manual.

2 El manual parte de una agrupación inicial en tres dimensiones, psicótica, desorganizada y negativa, a la que después se incluyó una dimensión afectiva. Esta opción omite la afectiva y además pone «positiva» como dimensión propia, cuando los síntomas positivos abarcan la dimensión psicótica y la desorganizada.

3 Mezcla el modelo de cinco dimensiones (positiva, negativa, desorganizada, manía y depresión), que el manual cita como otra propuesta, pero quita la desorganizada y añade una dimensión mixta que no aparece.

4 Sintomática, conductual y afectiva no es ninguna de las propuestas dimensionales que recoge el capítulo.

DIMENSIONES TRANSDIAGNÓSTICAS DEL ESPECTRO PSICÓTICO

Dimensión	Qué incluye
Psicótica (distorsión de la realidad)	Delirios y alucinaciones
Desorganizada o cognitiva	Habla/pensamiento, cognición y comportamiento desorganizados
Negativa	Síntomas negativos
Afectiva	Depresión y manía

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 11, págs. 347-348

Ojo. El propio manual recuerda que la dimensión desorganizada o cognitiva y la psicótica constituyen juntas los llamados síntomas positivos de la tipología de Strauss y Carpenter (pág. 348). Por eso «positiva» no aparece como dimensión propia en esta clasificación.

Para fijarlo. La dimensional suma la afectiva a las tres clásicas: psicótica, desorganizada, negativa y afectiva.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 347-355.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 182

93

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Ante un paciente que presenta delirios y alucinaciones, ¿cuál de las siguientes sería la actitud más adecuada del terapeuta?:

1. Usar preguntas directas para poder establecer lo antes posible un análisis funcional de la experiencia psicótica.
2. Utilizar un lenguaje técnico y preciso para que el paciente confíe en la capacidad del terapeuta para ayudarlo.
3. Preguntar al paciente si está dispuesto a hablar de una posible mala interpretación de los fenómenos y el efecto que las experiencias resultantes han tenido en su vida. ✓
4. Centrar al paciente en un debate cognitivo sobre sus interpretaciones y estar atento a sus intentos de evitar el tema, para no reforzarlo negativamente.

Ante los delirios se negocia y se descubre, sin confrontar

El capítulo de Inchausti, Sánchez-Reales y Prado-Abril en el manual de Fonseca explica que la actitud del terapeuta ante los delirios y las alucinaciones debe ayudar al paciente a **elaborar explicaciones alternativas** mediante el **descubrimiento guiado** y una lógica de normalización, en lugar de confrontarlo con lo que el terapeuta cree que es la verdadera explicación. Antes de normalizar hace falta una buena relación terapéutica (Turkington y Kingdon, 1996). El manual resume la etapa en cuatro puntos clave, y el último coincide casi palabra por palabra con la respuesta correcta: **preparar al paciente desde el inicio para negociar acuerdos** sobre una posible «mala interpretación» de los fenómenos, si es un objetivo consensuado, y sobre el **efecto que esas experiencias han tenido en su vida**.

1. El manual pide lo contrario: usar preguntas periféricas y amables para acercarse a la experiencia del paciente y reconocer sus respuestas afectivas. Las preguntas directas para llegar cuanto antes al análisis funcional no figuran entre los puntos clave.
2. Hay que usar con precisión las expresiones propias del paciente y evitar un lenguaje tecnificado al revisar o discutir sus experiencias.
3. Es el cuarto punto del manual, casi literal: negociar desde el inicio una posible mala interpretación de los fenómenos y el efecto que han tenido en su vida.
4. El manual advierte que hay que evitar abusar de la persuasión durante la discusión o el debate, y que el terapeuta no debe confrontar al paciente con su propia explicación. El refuerzo negativo de la evitación no aparece en el texto.

Trampa. Las tres opciones falsas invierten, una por una, los otros tres puntos del manual: preguntas periféricas (frente a directas), lenguaje del paciente (frente a técnico) y poca persuasión (frente a debate).

Para fijarlo. Preguntas amables, palabras del paciente, poca persuasión y acuerdos negociados: así se habla de un delirio en las primeras sesiones.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 4, pág. 160.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Psicosis (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 164, PIR 2024 · n.º 164, PIR 2025 · n.º 131

94

PATRONES CLÍNICOS

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Cuáles son consideradas características básicas de la Anorexia Nerviosa?:

1. Restricción de la ingesta energética, miedo a ganar peso o a engordar y sensación de ineficacia.
2. Alteración de la imagen corporal, miedo intenso a ganar peso o a engordar y restricción de la ingesta. ✓
3. Preocupación por comer en público que conduce a restricción de la ingesta, sensación de ineficacia y pensamiento inflexible.
4. Bajo peso, pensamiento inflexible y miedo a ganar peso o engordar.

Las tres características básicas de la anorexia son sus tres criterios

El DSM dice literalmente que la anorexia nerviosa tiene **tres características básicas**: la **restricción de la ingesta energética** persistente, el **miedo intenso a ganar peso o a engordar** (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la **alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios**. Son los criterios A, B y C, que Belloch reproduce en la tabla 13.2. El capítulo de Roncero y Perpiñá lo resume igual: el primer criterio es la restricción de la ingesta que acaba produciendo una reducción significativa del peso, y el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la imagen corporal, entendida como la excesiva importancia del peso y la forma en la propia valoración, son los dos criterios restantes.

1. Mezcla dos criterios con la sensación de ineficacia, que el DSM recoge solo entre las características que a veces se asocian a la anorexia.
2. Son las tres características básicas, que coinciden con los criterios A, B y C.
3. La preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia y el pensamiento inflexible son características asociadas, no básicas.
4. El bajo peso forma parte del criterio A y el miedo a engordar es el B, pero el pensamiento inflexible vuelve a ser una característica asociada. Falta la alteración de la imagen corporal.

ANOREXIA NERVIOSA EN EL DSM-5-TR: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS Y ASOCIADAS

Tipo	Contenido
Características básicas	Restricción de la ingesta energética; miedo intenso a ganar peso o a engordar; alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios
Características que a veces se asocian	Preocupación por comer en público, sensación de ineficacia, fuerte deseo de controlar lo que les rodea, pensamiento inflexible, espontaneidad social limitada, contención excesiva de la expresión emocional

Fuente: DSM-5-TR, anorexia nerviosa, págs. 382-383

Ojo. La frase de las tres características básicas está en la pág. 339 del DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio, y las características asociadas, en la pág. 341. El texto es el mismo en el DSM-5-TR (págs. 382-383).

Trampa. Los distractores toman características asociadas reales del mismo apartado del DSM y las cuelan como básicas.

Para fijarlo. Come poco, teme engordar y se ve mal. La ineficacia y la rigidez la acompañan, pero no la definen.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 339. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 416 y 418.

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 2025 · n.º 95, PIR 2025 · n.º 96, PIR 2025 · n.º 98

95 PATRONES CLÍNICOS

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

Señale la respuesta correcta con respecto a la Bulimia Nerviosa:

1 El trastorno se produce frecuentemente en personas con obesidad.

2 Las irregularidades menstruales o la amenorrea se producen a menudo en las mujeres con bulimia nerviosa. ✓

3 No se han encontrado evidencias de que la bulimia nerviosa pueda dar lugar a problemas cardíacos.

4 Solo una minoría de pacientes con anorexia nerviosa migra a diagnóstico de bulimia nerviosa.

En la bulimia las alteraciones menstruales son frecuentes

La clave sale del apartado de **características asociadas** de la bulimia nerviosa en el DSM: las **irregularidades menstruales o la amenorrea** se producen **a menudo** en las mujeres con bulimia, aunque no está claro si se deben a las fluctuaciones del peso, a las deficiencias nutricionales o al malestar emocional. Belloch lo confirma al describir las complicaciones físicas, que no dependen tanto del peso como de las **conductas compensatorias**; los ciclos atracón-purga pueden dar lugar a amenorrea o menstruación irregular, deshidratación, desequilibrios electrolíticos, fallo renal agudo y alteraciones cardíacas.

1 Las personas con bulimia suelen estar en el rango de peso normal o tener sobrepeso. El DSM dice que el trastorno se produce en personas obesas, pero que es infrecuente.

2 Es literal del DSM, y Belloch lo recoge entre las complicaciones de los ciclos atracón-purga.

3 Las dos fuentes dicen lo contrario. El DSM incluye las arritmias cardíacas entre las complicaciones raras pero potencialmente mortales, y Belloch cita las alteraciones cardíacas.

4 Invierte la dirección de la migración. Según Belloch, aproximadamente la mitad de las pacientes con anorexia desarrollan después una bulimia, y es habitual que las pacientes con bulimia tengan una historia previa de anorexia. Lo minoritario es que la bulimia migre a anorexia, algo que el DSM cifra en un 10-15 % de los casos.

Ojo. Los cuatro datos están en la pág. 347 del DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio: la obesidad infrecuente, las alteraciones menstruales, las arritmias y el 10-15 % que pasa de la bulimia a la anorexia. El texto es el mismo en el DSM-5-TR (págs. 389-390).

Trampa. La opción 4 copia casi palabra por palabra la frase de Belloch («solo una minoría… migra») pero cambia el orden de los dos trastornos.

Para fijarlo. De la anorexia a la bulimia se pasa a menudo; de la bulimia a la anorexia, pocas veces.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 347. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 427 y 428.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 127, PIR 2024 · n.º 111, PIR 2025 · n.º 94, PIR 2025 · n.º 98

96 PATRONES CLÍNICOS

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

¿A qué hace referencia literalmente el término anorexia?:

1 Falta de apetito. ✓

2 Nula ingesta de alimentos.

3 Bajo peso.

4 Restricción alimentaria voluntaria.

Anorexia significa literalmente «falta de apetito»

Belloch lo dice al presentar la anorexia nerviosa: el **significado literal** de la palabra anorexia es **«falta de apetito»**, y el calificativo **nerviosa** alude a la **naturaleza mental** del trastorno. Eguíluz y Segarra añaden el dato histórico de que en la literatura médica del siglo XVIII anorexia se usaba como sinónimo de falta de apetito. La paradoja es que el nombre no describe bien el cuadro, porque en la anorexia nerviosa la restricción no se debe a la falta de hambre, y las pacientes interpretan el hambre como una señal de que «están haciendo bien las cosas».

1 Es el significado literal que dan los dos manuales citados.

2 La palabra no habla de cuánto se come. El trastorno, además, se define por una restricción de la ingesta que lleva a un peso bajo, no por una ingesta nula.

3 El bajo peso es la consecuencia más llamativa y forma parte del criterio A, pero no es lo que significa la palabra. Belloch recuerda incluso que la pérdida de peso no se considera el elemento principal del trastorno.

4 La restricción alimentaria «voluntaria» describe el trastorno, y el manual la asocia al calificativo nerviosa, no al significado literal de anorexia.

Trampa. Las opciones 3 y 4 son rasgos reales de la anorexia nerviosa. La pregunta pide el sentido literal de la palabra, no la definición del trastorno.

Para fijarlo. El nombre engaña, porque en la anorexia nerviosa el apetito existe y se combate.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 422. Eguíluz, I. y Segarra, R. (2005). Introducción a la psicopatología. Ars Medica. Pág. 319.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 94

97 PATRONES CLÍNICOS

B5 · Trastornos del sueño-vigilia Anulada

Anulada

Respecto al insomnio:

1. En los centros de atención primaria, alrededor del 30-40 % de los pacientes tiene síntomas significativos de insomnio.
2. La franja de edad donde es más común que se produzcan los primeros episodios de insomnio es durante la primera década de la adultez.
3. El insomnio agudo tiende a persistir, aunque el factor precipitante desaparezca.
4. Los estudios polisomnográficos sugieren una mejor preservación de la continuidad del sueño y del sueño de ondas lentas en los hombres mayores que en las mujeres mayores.

Pregunta anulada: el insomnio suele empezar en la adultez temprana, pero la cifra de atención primaria también encaja

El Ministerio **anuló** esta pregunta y no publica el motivo. La clave provisional (2) es literal de Belloch: el insomnio puede darse en cualquier momento de la vida, pero la franja de edad en la que es más común que aparezcan los **primeros episodios** es la **primera década de la adultez**. El DSM-5-TR coincide en que es más frecuente que el primer episodio aparezca en la **edad adulta temprana**. El problema está en la opción 1. Según el DSM-5-TR, en **atención primaria** alrededor del **20-40 %** de los individuos tienen síntomas significativos de insomnio, y el 30-40 % cae dentro de ese intervalo. El DSM-5 de 2014, que es la obra que cita el Ministerio, daba un **10-20 %**, así que la opción 1 solo era falsa con esa edición. Esa es la explicación más probable de la anulación.

1. El DSM-5-TR da un 20-40 % en atención primaria, y el 30-40 % del enunciado cabe en ese intervalo. El DSM-5 de 2014 daba un 10-20 %, así que la opción solo era falsa con la edición anterior.
2. Clave provisional. Es literal de Belloch y coincide con el DSM-5 de 2014 y con el DSM-5-TR, según los cuales es más frecuente que el primer episodio aparezca en la edad adulta temprana.
3. El insomnio situacional o agudo dura pocos días o semanas y normalmente se resuelve cuando el factor precipitante se aminora. Solo en algunas personas, quizá las más vulnerables, persiste por condicionamiento y aumento del arousal.
4. Es al revés. El DSM-5 de 2014 y el DSM-5-TR dicen que la continuidad del sueño y el sueño de ondas lentas se preservan mejor en las mujeres mayores que en los hombres mayores.

Ojo. El DSM-5 de 2014, la obra que cita el Ministerio, da un 10-20 % en atención primaria (pág. 365) y el DSM-5-TR lo sube al 20-40 % (págs. 412-414). Con la edición oficial la opción 1 era falsa y la 2 verdadera, así que la anulación se explica mejor por el cambio de cifra entre ediciones.

Para fijarlo. En la vejez, ellas conservan mejor que ellos la continuidad del sueño y el sueño de ondas lentas.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 365 y 366. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 544.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 94, PIR 2023 · n.º 142, PIR 2025 · n.º 101, PIR 2025 · n.º 102, PIR 2025 · n.º 103

98 PATRONES CLÍNICOS

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 4

De acuerdo con el DSM- 5, ¿qué diagnóstico recibiría una persona que presenta purgas recurrentes para influir en el peso o forma corporales (p.ej., vómitos autoprovocados), como promedio al menos una vez a la semana durante 3 meses y en ausencia de otros comportamientos de interés clínico?:

1 Bulimia Nerviosa, gravedad leve

2 Bulimia Nerviosa, gravedad moderada

3 Ortorexia Nerviosa

4 Se incluiría en la categoría “Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado” ✓

Las purgas sin atracones se clasifican como otro trastorno alimentario especificado

La clave está en lo que falta. La persona se purga de forma recurrente para influir en su peso o su figura, pero **no hay atracones**. Sin atracones no puede diagnosticarse una bulimia nerviosa, cuyo criterio A son los episodios recurrentes de atracón. El DSM recoge este cuadro como **trastorno por purgas**, uno de los ejemplos de la categoría **«otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado»**: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) **en ausencia de atracones**. Belloch reproduce esa lista en la tabla 13.5.

1 La bulimia exige atracones recurrentes además de las conductas compensatorias. La frecuencia de una vez a la semana durante 3 meses es la de la bulimia, pero aquí falta el atracón.

2 Mismo problema que la opción 1. La gravedad moderada, además, se reserva para 4-7 comportamientos compensatorios a la semana.

3 La ortorexia nerviosa, una preocupación excesiva por la alimentación saludable que reduce el peso, aparece en Belloch entre los síndromes de «alimentación alterada» (disordered eating), que el manual separa de los trastornos alimentarios. El cuadro del enunciado, en cambio, se define por las purgas.

4 Es el trastorno por purgas, cuarto ejemplo de la categoría «otro especificado».

TABLA 13.5 DE BELLOCH: «OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN ESPECIFICADO» (DSM-5)

Ejemplo	Qué lo define
Anorexia nerviosa atípica	Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto en el peso del individuo, que, a pesar de la pérdida significativa, está dentro o por encima del intervalo normal
Bulimia nerviosa de frecuencia baja o duración limitada	Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses
Trastorno de atracones de frecuencia baja o duración limitada	Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses
Trastorno por purgas	Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la forma corporales (p. ej., vómito auto-provocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones
Síndrome de ingestión nocturna de alimentos	Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 13, tabla 13.5, pág. 420

Ojo. El DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio (pág. 353) llama a la categoría «otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado» y al cuadro, «trastorno por purgas». El nombre de la opción 4 es el que usa Belloch. El DSM-5-TR (pág. 396) mantiene el texto y llama al cuadro «trastorno de purgas».

Trampa. El enunciado copia la frecuencia de la bulimia (una vez a la semana durante 3 meses) para que el lector piense en ella y pase por alto que no hay atracones.

Para fijarlo. Sin atracón no hay bulimia, por mucho que se repitan las purgas.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 353. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 420.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 121, PIR 2025 · n.º 94, PIR 2025 · n.º 95

99

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

Respecto al tratamiento de la Anorexia Nerviosa:

1. No existe ningún fármaco que sea eficaz para tratar la sintomatología principal. ✓
2. El abordaje terapéutico está marcado por dos factores centrales de su psicopatología: la demacración del peso y la egodistonía del trastorno.
3. No se recomienda el uso de suplementos nutricionales.
4. La terapia psicodinámica está contraindicada en pacientes con anorexia nerviosa.

En la anorexia ningún fármaco trata la sintomatología principal

Belloch cierra su apartado sobre la intervención en la anorexia nerviosa con una frase que es la clave: **no existe ningún fármaco que sea eficaz para tratar la sintomatología principal**. Fonseca coincide al resumir las guías internacionales: **no hay un tratamiento farmacológico claramente establecido** y la medicación **no debe usarse como tratamiento único** (NICE, 2017). Los antidepresivos (ISRS) se reservan para quienes, además, tienen el ánimo bajo o una depresión, y siempre combinados con psicoterapia y recuperación del peso.

1. Es la frase de Belloch, y Fonseca la respalda: no hay tratamiento farmacológico claramente establecido.
2. La frase es de Belloch con una palabra cambiada. Los dos factores centrales son la demacración y la egosintonía del trastorno, y por eso hay que trabajar la poca conciencia de enfermedad y la resistencia al cambio.
3. Fonseca dice lo contrario: entre las directrices de las guías internacionales, se recomienda altamente el uso de suplementos nutricionales, junto con pautas concretas de alimentación.
4. No está contraindicada. Las guías la admiten, igual que la terapia interpersonal, como alternativa en adultos cuando la TCC, el MANTRA o el SSCM son inaceptables, están contraindicados o no funcionan.

Trampa. La opción 2 reproduce casi literal la frase del manual y cambia egosintonía por egodistonía. Conviene leer despacio los prefijos.

Para fijarlo. La anorexia se vive como propia (egosintónica) y ninguna pastilla la cura: comida, motivación y psicoterapia.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 488 y 489. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 434.

EN EL ATLAS: Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 174, PIR 2021 · n.º 141, PIR 2022 · n.º 173, PIR 2023 · n.º 117

100 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

En el tratamiento de las parasomnias:

1. La terapia de ensayo en imaginación (IRT) es una variante de la desensibilización sistemática específica para trabajar las pesadillas.
2. Para el tratamiento de las pesadillas, la aplicación de la terapia de ensayo en imaginación (IRT) suele ser en formato individual.
3. En el caso de los terrores nocturnos/sonambulismo, se recomienda a los familiares que despierten al paciente para reducir la excitación o confusión de la persona.
4. Para el tratamiento de los terrores nocturnos, lo primero sobre lo que se debe intervenir es sobre los factores precipitantes. ✓

En los terrores nocturnos se interviene primero sobre los factores precipitantes

El capítulo de trastornos del sueño del manual de Vallejo explica que el tratamiento de los **terrores nocturnos** se dirige a los pacientes en los que la parasomnia puede suponer un daño o que tienen somnolencia excesiva durante el día. Lo que se debe paliar y **sobre lo que se debe intervenir es sobre los factores precipitantes**: una estimulación emocional intensa antes de dormir, el uso de sedantes o la falta de sueño. A eso se añaden las **medidas de seguridad** (puertas y ventanas cerradas, ningún objeto peligroso cerca) y la psicoeducación a la familia. La TCC podría ser beneficiosa, pero el manual advierte que aún no hay suficiente evidencia.

1. El manual presenta la IRT como una variante de la TCC específica para las pesadillas, y enumera la desensibilización sistemática como otra variante distinta, al lado de la IRT y de la terapia del sueño lúcido.
2. El manual dice que la IRT suele aplicarse en formato grupal, en tres sesiones: las dos primeras semanales y la tercera tres semanas después.
3. Es al revés. Hay que explicar a la familia que no es aconsejable despertar al paciente durante un episodio, porque puede aumentar su excitación o su confusión; además, no tiene contacto con la realidad y despertarlo no sirve de nada.
4. Es lo que dice el manual: lo primero es actuar sobre los factores precipitantes.

Para fijarlo. En los terrores nocturnos se quitan los disparadores, se asegura la habitación y no se despierta al paciente; las pesadillas se reescriben y se ensayan en grupo.

REFERENCIA OFICIAL Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 7, págs. 495 y 497.

EN EL ATLAS Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 216, PIR 2021 · n.º 195

101

PATRONES CLÍNICOS

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

En los trastornos del sueño:

1. El trastorno de comportamiento del sueño REM es a menudo un indicador de trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson. ✓
2. Los trastornos del sueño suelen presentarse en ausencia de otras afecciones clínicas.
3. La narcolepsia es un trastorno asociado a alteraciones en el sistema nervioso periférico.
4. Los trastornos del sueño tienen una baja prevalencia.

El trastorno del comportamiento del sueño REM anuncia una enfermedad neurodegenerativa

El DSM-5-TR insiste en que el estado neurológico de estas personas debe **vigilarse atentamente** por su asociación muy elevada con la aparición posterior de un trastorno neurodegenerativo. En la forma idiopática, el riesgo de desarrollar una **sinucleinopatía** (enfermedad de Parkinson, trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy o atrofia multisistémica) ronda el **75 % a los 10-15 años**. Belloch lo resume diciendo que el trastorno tiene una elevada comorbilidad con trastornos degenerativos, y pone como ejemplo la enfermedad de Parkinson.

1. Es lo que dicen el DSM-5-TR y Belloch.
2. Es al revés. Belloch abre y cierra el capítulo subrayando la elevada comorbilidad de los trastornos del sueño con trastornos físicos y mentales.
3. Belloch asocia la narcolepsia con una deficiencia de hipocretina, que es su marcador diagnóstico, y el DSM-5-TR explica que la de tipo 1 está causada por la pérdida de las neuronas hipotalámicas que producen ese neuropéptido. Es, por tanto, una alteración del sistema nervioso central.
4. El resumen del capítulo afirma lo contrario: los trastornos del sueño tienen una elevada prevalencia, y el insomnio, el más frecuente, ronda el 25 % a lo largo de la vida en Europa.

Para fijarlo. Si alguien de más de 50 años pelea o grita mientras sueña, piensa en el Parkinson antes de que aparezca.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 361. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, págs. 545, 550 y 552.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 100, PIR 2020 · n.º 58, PIR 2025 · n.º 97, PIR 2025 · n.º 102, PIR 2025 · n.º 103

102

PATRONES CLÍNICOS

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

En la narcolepsia:

1. El resultado del test de latencias múltiples del sueño es positivo en un 2-4% de personas con narcolepsia.
2. En los episodios de cataplejía se da una pérdida brusca bilateral del tono muscular y de la consciencia, que se desencadenan con la risa o las bromas.
3. Se asocia a un aumento del índice de masa corporal o la obesidad. ✓
4. Pueden ser frecuentes las alucinaciones hipnopómpicas (vívidas antes de dormir o al quedarse dormidos), o alucinaciones hipnagógicas (justo después de despertarse).

La narcolepsia se asocia con la obesidad

La opción correcta copia casi literalmente el apartado de **comorbilidad** de la narcolepsia en el DSM-5 de 2014: la narcolepsia **se asocia a un aumento del índice de masa corporal o a obesidad**, especialmente cuando no se trata, y la ganancia rápida de peso es frecuente en los niños pequeños con comienzo repentino. El mismo capítulo vuelve sobre el dato en otros dos puntos. Entre las características asociadas dice que **la obesidad es frecuente** y que puede haber ingesta nocturna, y en el curso señala que el comienzo abrupto en niños prepuberales puede asociarse con obesidad y pubertad prematura. El DSM-5-TR mantiene la asociación y pone la obesidad al frente de las comorbilidades, junto con el bruxismo, la enuresis, la pubertad precoz, los trastornos del ánimo y el TDAH.

1. El 2-4 % es la tasa de falsos positivos: el test de latencias múltiples del sueño es positivo en el 90-95 % de los sujetos con narcolepsia, frente al 2-4 % de los sujetos control o con otros trastornos del sueño. El DSM-5-TR refiere el 90-95 % a la narcolepsia de tipo 1.
2. La cataplejía es una pérdida brusca y bilateral del tono muscular con conservación de la conciencia. Durante el episodio, la persona está despierta y es consciente.
3. Es casi literal del DSM-5 de 2014: la narcolepsia se asocia a un aumento del índice de masa corporal o a obesidad.
4. Intercambia los nombres. Las hipnagógicas son las que aparecen antes de dormir o al quedarse dormido, y las hipnopómpicas, justo después de despertarse. El DSM las sitúa en el 20-60 % de los casos.

Ojo. Los cuatro datos están en las págs. 372-378 del DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio. Los pasajes equivalentes del DSM-5-TR están en las págs. 422-429.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 4 copian frases reales del DSM y cambian un solo dato: de quién es el 2-4 %, la conciencia y el orden de las alucinaciones.

Para fijarlo. Hipnagógica, al entrar en el sueño; hipnopómpica, al salir de él.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 372-378.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 92, PIR 2025 · n.º 97, PIR 2025 · n.º 101, PIR 2025 · n.º 103

103 PATRONES CLÍNICOS

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

¿En cuál de los siguientes trastornos del sueño es característica una alteración prolongada de la alerta en la transición sueño-vigilia, en la que la persona parece despierta, pero hay una disminución de la habilidad motora, conducta inapropiada y pueden aparecer déficits de memoria, desorientación temporoespacial y sensación de mareo?:

1. Trastorno de hipersomnia. ✓
2. Trastorno de despertar del sueño no REM.
3. Narcolepsia.
4. Trastorno de la conducta del sueño REM.

La inercia del sueño es propia del trastorno de hipersomnia

El enunciado describe la **inercia del sueño** casi con las palabras del DSM-5 de 2014, que la llama también borrachera de sueño, como Belloch. El DSM la incluye en el criterio A del **trastorno de hipersomnia**, junto con la cantidad excesiva de sueño y la alteración de la calidad de la vigilia, y la define como un periodo de alteración del rendimiento y vigilancia reducida tras despertar de un episodio de sueño o de una siesta. Durante ese periodo, que dura de minutos a horas, la persona **parece despierta**, pero hay una **disminución de la habilidad motora**, la conducta puede ser muy inapropiada y pueden aparecer déficits de memoria, desorientación temporoespacial y sensación de mareo. El DSM-5-TR, que la llama también «aturdimiento matutino», la sitúa en alrededor del 40 % de estas personas y añade que ayuda a distinguir la hipersomnia de otras causas de somnolencia.

1. Es la descripción de la inercia del sueño que hace el DSM dentro del trastorno de hipersomnia.
2. En los trastornos del despertar del sueño no REM hay despertares incompletos durante el primer tercio de la noche, con sonambulismo o terrores nocturnos, poco o ningún recuerdo de los sueños y amnesia del episodio. La persona no llega a despertar del todo, y Belloch distingue expresamente estos arousals confusionales de la borrachera del sueño, en la que la persona sí está despierta.
3. Lo característico de la narcolepsia son los accesos de sueño irresistible y la cataplejía, una pérdida brusca del tono muscular con la conciencia conservada.
4. En el trastorno del comportamiento del sueño REM la persona, al despertar del episodio, está totalmente despierta, alerta y sin confusión ni desorientación, justo lo contrario de lo que describe el enunciado.

QUÉ OCURRE AL DESPERTAR EN CUATRO TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA

Trastorno	Rasgo distintivo según el DSM-5-TR
Trastorno de hipersomnia	Inercia del sueño: parece despierto, pero la coordinación motora es deficiente; desorientación temporoespacial y sensación de mareo
Trastornos del despertar del sueño no REM	Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer tercio del período principal del sueño; sonambulismo o terrores nocturnos; la amnesia de los episodios está presente
Narcolepsia	Cataplejía: pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la conciencia
Trastorno del comportamiento del sueño REM	Al despertar está totalmente despierto, alerta y no presenta confusión ni desorientación

Fuente: DSM-5-TR, págs. 418, 422, 452 y 461

Ojo. El enunciado copia casi literal el DSM-5 de 2014 (pág. 369): «esta alteración prolongada de la alerta en la transición sueño-vigilia a veces se denomina inercia del sueño». El DSM-5-TR describe el mismo fenómeno con otra redacción en la pág. 418.

Para fijarlo. Si al despertar «parece despierto pero no lo está», piensa en la borrachera del sueño de la hipersomnia; si despierta lúcido tras pelear en sueños, en el trastorno del comportamiento del sueño REM.

REFERENCIA OFICIAL	American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 369.
EN EL ATLAS	Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 120, PIR 2025 · n.º 97, PIR 2025 · n.º 101, PIR 2025 · n.º 102

104

PATRONES CLÍNICOS

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 3

Según la CIE-11, ¿cuál de las siguientes afirmaciones define de forma correcta el término comportamiento suicida y lo diferencia de fenómenos relacionados?

1. Episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida.
2. Pensamientos, ideas o rumiaciones sobre la posibilidad de acabar con la vida de uno, que va desde pensar en estar muerto hasta la formulación de planes elaborados.
3. Acciones concretas, como la compra de un arma o el almacenamiento de medicamentos, que se realizan para cumplir el deseo de terminar con la propia vida pero que de por sí, no constituyen un intento de suicidio. ✓
4. Lesiones autoinfligidas intencionales en el cuerpo (cortes, raspaduras, quemaduras, mordeduras), con la expectativa de que la lesión solo conducirá a un daño físico menor.

En la CIE-11, el comportamiento suicida son actos preparatorios que no llegan a intento

El manual de Al-Halabí y Fonseca-Pedrero recoge en su tabla 1.4 las cuatro definiciones de la **CIE-11** (OMS, 2020) relacionadas con la conducta suicida. El **comportamiento suicida** son acciones concretas, como comprar un arma o almacenar medicamentos, que se hacen para cumplir el deseo de terminar con la propia vida pero que **de por sí no constituyen un intento de suicidio**. Las otras tres opciones son, palabra por palabra, las definiciones de los otros tres conceptos de la misma tabla: intento de suicidio, ideación suicida y autolesión no suicida.

1. Es la definición de intento de suicidio: un episodio concreto de conducta autodestructiva con la intención consciente de poner fin a la propia vida.
2. Es la definición de ideación suicida, que va desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes elaborados.
3. Es la definición de comportamiento suicida de la tabla 1.4.
4. Es la definición de autolesión no suicida: lesiones intencionales con la expectativa de que solo producirán un daño físico menor.

TABLA 1.4 DE AL-HALABÍ Y FONSECA-PEDRERO: DEFINICIÓN DE CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA SEGÚN LA CIE-11

Concepto	Definición
Intento de suicidio	Episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida
Ideación suicida	Pensamientos, ideas o rumiaciones sobre la posibilidad de acabar con la vida de uno, que van desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes elaborados
Comportamiento suicida	Acciones concretas, como la compra de un arma o el almacenamiento de medicamentos, que se realizan para cumplir el deseo de terminar con la propia vida pero que de por sí no constituyen un intento de suicidio
Autolesión no suicida	Lesiones autoinfligidas intencionales en el cuerpo, más comúnmente cortando, raspando, quemando, mordiendo o golpeando, con la expectativa de que la lesión solo conducirá a un daño físico menor

Fuente: Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), cap. 1, tabla 1.4, pág. 44

Trampa. Las cuatro opciones son definiciones literales de la misma tabla. Solo hay que emparejar cada una con su etiqueta.

Para fijarlo. Pensar es ideación, preparar es comportamiento, intentarlo con intención de morir es intento, y herirse sin querer morir es autolesión no suicida.

REFERENCIA OFICIAL: Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 1, pág. 44.

EN EL ATLAS: Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 100, PIR 2025 · n.º 105, PIR 2025 · n.º 106

105

PATRONES CLÍNICOS

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 2

Dentro del marco ideación-a-acción en la conducta suicida, se han propuesto teorías que diferencian entre los procesos psicológicos que generan ideación y los que explican la transición de la ideación al intento de suicidio. ¿Cuál de las siguientes teorías NO forma parte de este enfoque?

1 Teoría interpersonal de T. Joiner.

2 Modelo de desesperanza de A. Beck. ✓

3 Modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio O´Connor.

4 Teoría de los tres pasos de Klonsky y May.

La desesperanza de Beck explica la ideación, no el paso a la acción

El capítulo de Zaldívar, López-Ríos y García-Montes separa dos grupos de modelos. El primero entiende la conducta suicida como un **escape de un estado psicológico aversivo** y se centra en el tipo de sufrimiento. Ahí sitúa a **Beck**, con el sentimiento de **desesperanza** e impotencia, junto con Baumeister, Shneidman, Williams y Linehan. El segundo grupo, el **marco ideación-a-acción** (*ideation to action framework*), parte de que el desarrollo de la ideación y el paso de la ideación a la acción son **procesos diferentes**: las variables clásicas, como la desesperanza o el dolor psicológico, se relacionan con la ideación pero **no predicen la acción**. En este marco el manual incluye la teoría interpersonal de Joiner, el modelo integrado motivacional-volitivo de O'Connor y la teoría de los tres pasos de Klonsky y May.

1. La teoría interpersonal de Joiner es la primera que el manual cita dentro del marco: la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga generan el deseo, y la capacidad adquirida (perder el miedo a la muerte y tolerar el dolor) permite pasar al acto.
2. El modelo de Beck pertenece a las propuestas que ven el suicidio como escape del sufrimiento, y la desesperanza es justo una de las variables clásicas que, según el marco, explican la ideación pero no la acción.
3. El modelo de O'Connor está dentro del marco: distingue una fase premotivacional, una motivacional (derrota y atrapamiento) y una volitiva, que es el paso de la ideación a la acción.
4. La teoría de los tres pasos es la propuesta más reciente del marco: dolor y desesperanza llevan a la ideación, la ideación se intensifica si el dolor supera la conexión vital, y se pasa a la acción si hay capacidad.

TEORÍAS DEL MARCO IDEACIÓN-A-ACCIÓN

Teoría	De la ideación a la acción
Teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005)	La pertenencia frustrada, junto con la percepción de carga para otros, son las variables que incrementan el deseo (pasivo) de suicidarse; la capacidad para suicidarse se adquiere cuando se pierde el miedo a la muerte y se desarrolla gran tolerancia al dolor físico
Modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (O'Connor, 2011)	Diferentes fases en el desarrollo de la ideación suicida y el tránsito hacia la acción: premotivacional, motivacional (la persona se percibe derrotada y pasa a sentirse atrapado) y volitiva (acceso a medios letales, grado de miedo a la muerte, tolerancia al dolor, impulsividad)
Teoría de los tres pasos (Klonsky y May, 2015)	Paso 1, el dolor y desesperanza llevarán a la ideación suicida; paso 2, dicha ideación se haría más intensa si el dolor supera la conexión vital; paso 3, se transitará a la acción si hay capacidad

Fuente: Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), cap. 2, págs. 70-71

Para fijarlo. Desear morir y poder hacerlo son cosas distintas. Joiner, O'Connor y Klonsky las separan, y Beck solo explica la primera.

REFERENCIA OFICIAL

Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 2, págs. 70-71.

EN EL ATLAS

Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 104, PIR 2025 · n.º 106

106 PATRONES CLÍNICOS

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 4

En relación a la paradoja de género en la conducta suicida, es correcta:

1. Hombres y mujeres presentan tasas similares de suicidio consumado, pero las mujeres presentan más intentos.
2. No existen diferencias estadísticamente significativas en las tasas de mortalidad por suicidio en el mundo atendiendo únicamente al género.
3. La mayor tasa de mortalidad por suicidio en el hombre ocurre exclusivamente en la franja etaria 40-59 años, no existiendo estas diferencias en otras edades.
4. Los hombres presentan tasas más altas de suicidio consumado, mientras que las mujeres presentan más intentos de suicidio. ✓

Ellos mueren más por suicidio; ellas lo intentan más

El manual define la **paradoja de género** a partir de un dato epidemiológico: en la mayoría de los países y culturas hay **mayores tasas de suicidio entre los hombres** y **más intentos de suicidio entre las mujeres**. Para explicarla recoge las cuatro hipótesis de Canetto y Sakinofsky (1998): la **letalidad** (los hombres usan métodos más letales), el **sesgo del recuerdo** (los hombres comunican menos sus intentos, sin evidencia empírica), la **prevalencia diferenciada** de depresión y de abuso de alcohol, y la **socialización**, según la cual el suicidio se vería como una conducta masculina y el intento, pedir ayuda y acudir a tratamiento como conductas más femeninas.

1. Las tasas de suicidio consumado son mayores en los hombres.
2. El manual habla de diferencias en la mayoría de los países y culturas, y precisamente por eso se habla de paradoja de género.
3. El mismo capítulo señala que el suicidio cobra más relevancia en los hombres de edades más avanzadas, y que entre los mayores de 65 años, y especialmente de 85, se ha descrito el uso de métodos más letales. La diferencia no se limita a la franja de 40-59 años.
4. Es la definición de la paradoja de género que da el manual.

Ojo. La segunda referencia oficial, Anseán (dir.) (2014), Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Al-Halabí y Fonseca-Pedrero.

Para fijarlo. La primera hipótesis que recoge el manual es la letalidad, porque los hombres usan métodos más letales.

REFERENCIA OFICIAL
Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 7, pág. 242. Anseán, A. (dir.) (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2.ª ed.). Fundación Salud Mental España. Pág. 123.

EN EL ATLAS
Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 104, PIR 2025 · n.º 105

107 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 4

F. lleva ingresado en una Unidad de Hospitalización Breve más de tres meses, tras ser diagnosticado de un trastorno depresivo mayor recurrente. En las últimas semanas se aprecia una notable disminución en sus expresiones emocionales, escaso contacto afectivo con los compañeros y un tono general de frialdad ante noticias o acontecimientos personales. En cuanto a su afectividad, podría decirse que F. presenta:

1 Distimia.

2 Rigidez afectiva.

3 Abulia.

4 Indiferencia afectiva. ✓

La frialdad y la falta de reactividad emocional apuntan a la indiferencia afectiva

Belloch explica que **indiferencia afectiva**, **frialdad afectiva**, embotamiento y aplanamiento emocional son términos que describen la **falta de capacidad para experimentar respuestas afectivas** y la falta de reactividad emocional. Indiferencia y frialdad se usan, en concreto, para la incapacidad de **involucrarse emocionalmente** en los propios actos y con los demás. El manual añade que en los cuadros depresivos graves puede aparecer la sensación de «falta de sentimientos». F. muestra justo eso: menos expresión emocional, escaso contacto afectivo y frialdad ante acontecimientos personales. Eguíluz y Segarra describen la indiferencia afectiva como un sentimiento de falta de sentimientos con arreactividad emocional manifiesta, y señalan que puede aparecer de forma atenuada en los cuadros depresivos.

1. Distimia es una alteración cuantitativa del estado de ánimo. Belloch explica que el término se ha usado para el ánimo triste y decaído, aunque etimológicamente designa una disfunción del humor. No describe la falta de resonancia emocional.
2. En la rigidez afectiva la persona tiene estados emocionales fijos y persistentes que no se modulan según el contexto. El manual insiste en distinguirla de la indiferencia afectiva, que implica un déficit en la capacidad para experimentar emociones.
3. La abulia es la incapacidad para iniciar o llevar a cabo acciones dirigidas a un propósito. Puede acompañar a la falta de sentimientos de las depresiones graves, pero describe la acción, no la afectividad.
4. Es la alteración que describe el caso: falta de reactividad emocional y de implicación afectiva con los demás.

ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA AFECTIVIDAD QUE SE CONFUNDEN EN ESTE CASO

Alteración	Qué la define
Rigidez afectiva	La persona presenta estados emocionales fijos y persistentes que no se modulan o cambian en función de las variaciones en la valencia emocional de las circunstancias del contexto
Indiferencia o frialdad afectiva	Falta de capacidad para experimentar respuestas afectivas; incapacidad para involucrarse emocionalmente en los propios actos y con los demás
Labilidad afectiva	Cambios rápidos en el estado emocional; las emociones que experimenta la persona son intensas y duran poco tiempo
Paratimia	Las emociones de la persona no se corresponden con el contenido de sus vivencias o el contexto en el que se producen

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 11, pág. 353

Trampa. La rigidez afectiva también aparece en las depresiones, según el manual, y por eso atrae. Lo que decide es que en el caso falta la respuesta emocional y ninguna emoción se mantiene fija.

Para fijarlo. El rígido siente siempre lo mismo; el indiferente apenas siente.

REFERENCIA OFICIAL
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 353. Eguíluz, I. y Segarra, R. (2005). Introducción a la psicopatología. Ars Medica. Págs. 205-206.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 87, PIR 2025 · n.º 91

108

PATRONES CLÍNICOS

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

Una paciente acude a consulta refiriendo episodios recurrentes que describe como “ataques de ansiedad”. Durante ellos experimenta taquicardia, sensación de tensión y dificultad para controlar su impulso de gritar o golpear objetos. Además, durante las crisis, la paciente siente que si no descarga esa energía podría ‘explotar’ físicamente. Las crisis no se acompañan de miedo a perder el control o a que ocurra algo catastrófico, y suelen aparecer en contextos de frustración o discusiones con su pareja. El fenómeno descrito corresponde a:

1. Ataques de ira. ✓
2. Crisis de angustia.
3. Crisis disociativas.
4. Crisis de ansiedad generalizada.

Las crisis dominadas por la ira se distinguen de los ataques de pánico

El DSM-5-TR define el **ataque de pánico** como la **aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso** que alcanza su máxima expresión en minutos, con cuatro o más de trece síntomas; dos de ellos son cognitivos, el **miedo a perder el control** o a «volverse loco» y el miedo a morir. En el diagnóstico diferencial, el manual menciona expresamente **otros episodios paroxísticos, como los «ataques de ira»**: no se debe diagnosticar un ataque de pánico cuando lo que domina el episodio son **otros estados emocionales, como la ira** o la pena, y falta su característica esencial, el aumento brusco del miedo o del malestar. La paciente tiene taquicardia y tensión, pero lo que siente es un impulso de gritar o golpear, aparece ante la frustración y no hay miedo a perder el control ni a una catástrofe.

1. La emoción que domina las crisis es la ira, y el DSM-5-TR pide distinguir estos ataques de los de pánico.
2. La crisis de angustia o ataque de pánico exige un aumento súbito de miedo o malestar intenso, y entre sus síntomas típicos está justo el miedo a perder el control, que el enunciado descarta.
3. Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción o discontinuidad en la integración de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción. Nada de eso aparece en el caso.
4. La ansiedad generalizada consiste en ansiedad y preocupación excesivas y persistentes, no en crisis paroxísticas desencadenadas por discusiones.

Trampa. El enunciado empieza con la etiqueta de la paciente («ataques de ansiedad») y con síntomas físicos compartidos, para que se responda por la forma y no por la emoción.

Para fijarlo. Taquicardia hay en los dos; lo que decide es la emoción: miedo en el pánico, rabia en el ataque de ira.

REFERENCIA OFICIAL
American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 235-245.

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

109

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 2

Según el programa de Chóliz y Marcos (2020), ¿cuál de los siguientes objetivos NO es de la fase inicial de tratamiento para la adicción a los videojuegos?

1. Analizar la adicción al juego desde una perspectiva biopsicosocial.
2. Ofrecer información sobre el juego y sus consecuencias. ✓
3. Analizar si precisa intervención en otras áreas.
4. Conseguir que el paciente admita que tiene un problema con el juego.

La información sobre el juego llega en la etapa IV, no en la inicial

Belloch resume en la tabla 16.3 el tratamiento de Chóliz y Marcos (2020), un programa conductual cognitivo-actitudinal en cinco etapas. La **etapa I (análisis, evaluación y diagnóstico)** tiene cuatro objetivos: analizar la adicción al juego desde una perspectiva biopsicosocial, establecer un diagnóstico, analizar si precisa intervención en otras áreas (familiar, pareja, psiquiátrica, legal, médica) y conseguir que el paciente admita que tiene un problema con el juego, decida abandonarlo y se comprometa con el tratamiento. La **información sobre el juego y sus consecuencias** es un objetivo de la **etapa IV, de reestructuración cognitivo-actitudinal**, junto con el cambio de actitudes hacia el juego.

1. Es el primer objetivo de la etapa I.
2. Pertenece a la etapa IV, de reestructuración cognitivo-actitudinal, así que no es un objetivo de la fase inicial.
3. Es el tercer objetivo de la etapa I.
4. Es el cuarto objetivo de la etapa I, que se trabaja con la entrevista motivacional.

TABLA 16.3 DE BELLOCH: TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL JUEGO (CHÓLIZ Y MARCOS, 2020)

Etapa	Objetivos
I. Análisis, evaluación y diagnóstico	Analizar la adicción al juego desde una perspectiva biopsicosocial; establecer un diagnóstico; analizar si precisa intervención en otras áreas; conseguir que el paciente admita que tiene un problema con el juego, decida abandonarlo y adquiera compromiso para llevar a cabo las actividades
II. Abstinencia y superación del malestar	Conseguir abstinencia de juego; superar el malestar provocado por la privación del juego o las deudas; establecimiento de conductas alternativas al juego
III. Descondicionamiento y entrenamiento en autocontrol	Descondicionar los antecedentes y las consecuencias del juego; disminuir el interés por el juego y el agrado que provoca; adquisición de estilo de vida saludable
IV. Reestructuración cognitivo-actitudinal	Información sobre el juego y sus consecuencias; cambio de actitudes hacia el juego
V. Consolidación de los cambios y prevención de recaídas	Aprender a analizar recaídas ocurridas; aprender a reconocer las posibles situaciones de riesgo; resolver las situaciones de riesgo

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 16, tabla 16.3, pág. 535

Ojo. La tabla de Belloch describe el tratamiento de la adicción al juego de apuestas (TJA), mientras que el enunciado habla de adicción a los videojuegos. La respuesta no cambia, pero la etiqueta del enunciado no coincide con la del manual.

Para fijarlo. Primero se evalúa y se motiva; la charla informativa sobre el juego llega cuando ya hay abstinencia y autocontrol.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 535.

EN EL ATLAS: Tema C8 · Tratamientos de las adicciones comportamentales. Belloch 2020 no es fuente de este tema.

110

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

¿Qué componente ejecutivo se encuentra especialmente alterado en el Trastorno depresivo mayor y se asocia con modos de procesamiento de la información y estrategias de regulación emocional relacionados con las alteraciones del estado de ánimo?:

1 Flexibilidad cognitiva.

2 Inhibición cognitiva.

3 Memoria de trabajo.

4 Control cognitivo. ✓

En la depresión falla sobre todo el control cognitivo

Belloch explica que, en la depresión, las tareas que exigen esfuerzo y control ejecutivo son las que más cuestan. En particular, el **control cognitivo**, definido como la capacidad de atender selectivamente a los estímulos y objetivos relevantes e inhibir el procesamiento o la respuesta a los irrelevantes, y considerado un componente clave de las funciones ejecutivas (Friedman y Miyake, 2017), **parece especialmente alterado** en la depresión. Eso explicaría la dificultad para redirigir la atención e inhibir los pensamientos negativos ligados al ánimo bajo, y podría estar detrás de las **rumiaciones** y de la dificultad para desengancharse de los sesgos cognitivos. La figura 6.2 (Villalobos et al., 2020) une ese déficit con los sesgos, los estilos rumiativos y el estado de ánimo, que es lo que el enunciado llama modos de procesamiento y estrategias de regulación emocional.

1 El manual no señala la flexibilidad cognitiva como el componente especialmente alterado. En la figura 6.2, el control cognitivo aparece desglosado en alternancia, actualización e inhibición, y es el conjunto lo que el texto destaca.

2 La inhibición forma parte de la propia definición de control cognitivo y figura como una de sus piezas en la figura 6.2. El manual atribuye la alteración al control cognitivo en su conjunto.

3 El manual tampoco destaca la memoria de trabajo. Habla de peor rendimiento en memoria, atención y concentración en general, pero el componente que señala como especialmente alterado es el control cognitivo.

4 Es el término literal del manual: el control cognitivo parece especialmente alterado en la depresión.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 3 nombran procesos ejecutivos más concretos. La que coincide con el término del manual y engloba a las demás es el control cognitivo.

Para fijarlo. En la depresión cuesta soltar el pensamiento negativo porque falla el control cognitivo, el freno y el volante de la atención.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 205-206.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 112

111

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

D7 · Apoyo social y salud

Respuesta correcta: 2

La hipótesis de la amortiguación en relación al efecto del apoyo social sobre la salud plantea que:

1. El apoyo social instrumental tiene siempre un efecto positivo y directo sobre la salud.
2. El apoyo social mitiga los daños sobre la salud que produce la exposición al estrés. ✓
3. Las personas con buen apoyo social desarrollan menos conductas perjudiciales para la salud.
4. El apoyo social facilita la realización de conductas promotoras de la salud.

Según la hipótesis de amortiguación, el apoyo social protege sobre todo ante el estrés

Amigo explica que, para entender cómo modula el apoyo social el estrés, se han propuesto dos hipótesis. La del **efecto directo** sostiene que el apoyo social es beneficioso **tanto en momentos estresantes como sin estrés**. La de **amortiguación** subraya que el efecto beneficioso se da **básicamente ante periodos de estrés**, es decir, que el apoyo mitiga el daño que el estrés causa en la salud. Los datos respaldan las dos: el apoyo medido en términos **cuantitativos** (número de personas con las que se puede contar) muestra efectos directos, y el medido en términos **cualitativos** (calidad de la relación) se relaciona más con la amortiguación del estrés.

1. Un efecto positivo y directo, siempre, corresponde a la hipótesis del efecto directo. Además, el manual distingue el apoyo instrumental como una más de las funciones de la red, junto con el emocional y el informativo, sin atribuirle un efecto especial.
2. Es la idea de la amortiguación: el apoyo social protege frente al daño del estrés.
3. No menciona el estrés, que es el eje de la amortiguación. El manual no relaciona esta hipótesis con las conductas perjudiciales para la salud.
4. Tampoco habla del estrés. Las conductas promotoras de salud no forman parte de la definición de amortiguación que da el manual.

Ojo. El Ministerio cita la 5.ª edición de Amigo y González-Roz (2023), que no está en el corpus, aunque sí su índice, con el mismo capítulo de apoyo social. La 4.ª edición (2020) define la amortiguación con las mismas ideas que la de 2012: la red social protege la salud porque atenúa el impacto del estrés. Gil Roales-Nieto (2004) y Rodríguez Marín y Neipp (2008) no están en el corpus.

Para fijarlo. El efecto directo ayuda siempre; la amortiguación hace de colchón cuando llega el golpe del estrés.

REFERENCIA OFICIAL

Amigo, I. y González-Roz, A. (2023). Manual de psicología de la salud (5.ª ed.). Pirámide. Págs. 126-128. Gil Roales-Nieto, J. (2004). Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Pirámide. Págs. 225-228. Rodríguez Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). Manual de psicología social de la salud. Síntesis. Págs. 106-109.

EN EL ATLAS

Tema D7 · Apoyo social y salud. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 96, PIR 2023 · n.º 109

112

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes errores cognitivos planteados por Beck (1979/1983) tiene un mayor nivel de consistencia según la evidencia disponible en el trastorno depresivo mayor?:

1 Abstracción selectiva.

2 Sesgos negativos interpretativos. ✓

3 Inferencias arbitrarias.

4 Sobregeneralización.

La evidencia más sólida es para los sesgos interpretativos negativos

Belloch expone la teoría cognitiva de Beck: los **esquemas depresógenos** actúan como filtros y se reflejan en **errores cognitivos sistemáticos** (inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico y absolutista). Pero a continuación matiza que, aunque esa es la conocida teoría de Beck, un **metaanálisis reciente (Nieto et al., 2021)** muestra que la **evidencia más consistente** sobre sesgos cognitivos en la depresión es para la **catastrofización** y los **sesgos negativos interpretativos**.

1 La abstracción selectiva es uno de los errores clásicos de Beck, pero el manual no la sitúa entre los sesgos con evidencia más consistente.

2 Es, junto con la catastrofización, lo que el metaanálisis de Nieto et al. (2021) señala como más consistente.

3 Las inferencias arbitrarias encabezan la lista de errores de Beck, pero tampoco son las que tienen más apoyo según el metaanálisis.

4 La sobregeneralización está en la lista de Beck, pero no entre los sesgos con evidencia más consistente.

Ojo. El enunciado presenta los sesgos negativos interpretativos como uno de los errores cognitivos planteados por Beck, pero el manual no los incluye en su lista: los menciona al citar el metaanálisis de Nieto et al. (2021). La clave coincide con el manual, aunque la formulación del enunciado sea imprecisa.

Trampa. Los tres distractores son errores reales de la lista de Beck, y por eso parecen más «de Beck» que la clave. La pregunta pide qué tiene más evidencia, no qué propuso Beck.

Para fijarlo. Beck propuso la lista; el metaanálisis se quedó con dos: catastrofizar e interpretar en negativo.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, pág. 216.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 110

113

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

En los trastornos depresivos, a diferencia de los trastornos bipolares, es más típico:

1. Una menor frecuencia de fracaso en las relaciones de pareja. ✓
2. Una mayor frecuencia de síntomas atípicos.
3. Una menor frecuencia de quejas somáticas.
4. Una mayor ocurrencia de episodios depresivos en el periparto.

En la depresión unipolar fracasan menos las relaciones de pareja

La respuesta está en la **tabla 6.1** de Belloch, que compara los **trastornos depresivos** con los **bipolares** (adaptada de Vázquez y Sanz, 2008, y Moreno et al., 2012). En el apartado de historia natural, el **fracaso en las relaciones de pareja** es **menos frecuente** en los trastornos depresivos y más frecuente en los bipolares. La misma tabla recoge que los síntomas atípicos son menos frecuentes en los depresivos, las quejas somáticas más frecuentes y los episodios depresivos en el periparto menos comunes. El manual añade un matiz: más allá de estas diferencias de frecuencia, las depresiones unipolares no tienen cualidades distintas de las bipolares, y por eso la separación en capítulos del DSM-5 le parece cuestionable.

1. Es lo que dice la tabla 6.1: el fracaso de pareja es menos frecuente en los trastornos depresivos.
2. Es al revés. Los síntomas atípicos (hipersomnia, síntomas psicóticos, retardo psicomotor) son menos frecuentes en los trastornos depresivos.
3. Es al revés. Las quejas somáticas, el insomnio, la pérdida de apetito y la ansiedad son más frecuentes en los trastornos depresivos.
4. Es al revés. Los episodios depresivos en el periparto son menos comunes en los trastornos depresivos que en los bipolares.

TABLA 6.1 DE BELLOCH: TRASTORNOS DEPRESIVOS Y BIPOLARES (SELECCIÓN)

Característica	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Número medio de episodios vitales	4-5	8-9
Existencia de síntomas atípicos (p. ej., hipersomnia, psicóticos, retardo psicomotor)	Menos frecuentes	Más frecuentes
Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad	Más frecuentes	Menos frecuentes
Fracaso en relaciones de pareja	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios depresivos en periparto	Menos común	Más común
Riesgo de suicidio durante la depresión	Menor	Mayor

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

Trampa. Las cuatro opciones salen de la misma tabla; los distractores invierten la columna.

Para fijarlo. En la tabla, el bipolar suma más episodios, más síntomas atípicos, más rupturas de pareja, más periparto y más suicidio; el unipolar destaca en quejas somáticas y en episodios más largos.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 201-202.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con 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 2024 · n.º 134

114

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

¿Qué afirmación es correcta con respeto a la Terapia Interpersonal de Klerman y Weissman (1984/2018) para el tratamiento de la depresión mayor en adultos?:

1. Incluye la reestructuración cognitiva de creencias que puedan influir en las áreas problemáticas detectadas a nivel interpersonal.
2. Entiende la depresión como una enfermedad médica con etiología neuroquímica cuyo mantenimiento se debe a cambios en el entorno interpersonal.
3. En caso de detectar varias áreas problemáticas implicadas, se recomienda un abordaje secuencial. ✓
4. Es una terapia pragmática y empírica que ofrece un marco comprensivo completo de la depresión.

En la TIP, si hay varias áreas problemáticas, se trabajan una tras otra

Fonseca describe la **terapia interpersonal (TIP)** de Klerman y Weissman como una terapia focalizada, de tiempo limitado (unas 12 sesiones) y centrada en el aquí y ahora. Organiza las vivencias que disparan y mantienen la depresión en **cuatro áreas problemáticas**: el **duelo**, las **disputas del rol**, las **transiciones del rol** y los **déficits interpersonales**. El manual añade que en una depresión pueden estar implicadas una o varias áreas y que, en ese caso, el trabajo se organiza progresivamente, **abordándolas de forma secuencial**; a veces varias mejoran sin tratarse, por el efecto positivo de haber trabajado las otras.

1. El manual dice expresamente que en la TIP no se reestructuran creencias o ideas; el enfoque es aclarar los problemas para que el paciente se oriente a su propio cambio.
2. La TIP sí entiende la depresión como una enfermedad médica, pero con una etiología que incluye factores biológicos, experiencias vitales e historia familiar. Lo que vincula a los cambios del entorno interpersonal es su aparición, no solo su mantenimiento.
3. Es lo que dice el manual: varias áreas implicadas se abordan de forma secuencial.
4. La primera mitad es correcta, pero el manual dice justo lo contrario de la segunda: la TIP es pragmática, con más fundamento empírico que teórico, y a diferencia de la activación conductual o la terapia cognitiva no ofrece un marco comprensivo completo de la depresión.

Trampa. La opción 4 empieza con una frase cierta del manual y termina negándolo. Conviene leer la opción hasta el final.

Para fijarlo. Duelo, disputas, transiciones y déficits: cuatro áreas, de una en una y sin reestructuración cognitiva.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-317.

EN EL ATLAS: Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 182, PIR 2016 · n.º 121, PIR 2017 · n.º 134, PIR 2017 · n.º 186, 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 2024 · n.º 84, PIR 2024 · n.º 115

115

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

En el trastorno de depresión mayor, según el DSM-5-TR:

1. El curso de la depresión podría reflejar la adversidad sociocultural que se asocia a la pobreza, el racismo y la marginalización. ✓
2. Los varones refieren más síntomas atípicos de la depresión que las mujeres.
3. La recuperación de un episodio depresivo mayor se inicia dentro de los 3 meses siguientes al comienzo en el 30% de los individuos.
4. La probabilidad de suicidio consumado disminuye durante la época de la adultez media y tardía.

El curso de la depresión puede reflejar la adversidad sociocultural

La clave es una frase literal del apartado de **desarrollo y curso** del trastorno de depresión mayor en el DSM-5-TR: el curso de la depresión **podría reflejar la adversidad sociocultural** que se asocia a la **pobreza, el racismo y la marginalización**. Es una de las novedades de la revisión de texto, que da más peso a los determinantes sociales; en los factores de riesgo ambientales añade que los ingresos bajos, la educación formal limitada, el racismo y otras formas de discriminación se asocian a un mayor riesgo de depresión mayor.

1. Es literal del DSM-5-TR.
2. Es al revés. Son las mujeres las que refieren más síntomas atípicos (hipersomnia, aumento del apetito y pesadez extrema en las extremidades) que los varones.
3. La cifra está cambiada: la recuperación se inicia en los 3 primeros meses en el 40 % de los individuos, y en el plazo de un año en el 80 %.
4. Lo que disminuye en la adultez media y tardía es la probabilidad de los intentos de suicidio, no el riesgo de suicidio consumado.

Trampa. Los tres distractores son frases del mismo apartado del DSM-5-TR con un dato cambiado: el sexo, el porcentaje y el tipo de conducta suicida.

Para fijarlo. El 40 % se recupera en 3 meses y el 80 % en un año; con la edad bajan los intentos, pero no los suicidios consumados.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 187-189.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 172, PIR 2024 · n.º 82

116

PATRONES CLÍNICOS

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes descripciones es correcta en relación con la evolución del trastorno de síntomas neurológicos funcionales?:

1. El pronóstico suele ser favorable, con resolución completa en la mayoría de los casos.
2. La larga duración de los síntomas constituye un factor de buen pronóstico.
3. El diagnóstico y la edad tempranos parecen predecir un buen resultado. ✓
4. Los ataques psicógenos no epilépticos mejoran espontáneamente en la mayoría de los pacientes.

El trastorno de conversión suele tener mal pronóstico, salvo con diagnóstico y edad tempranos

Belloch resume la evolución del trastorno de conversión o de síntomas neurológicos funcionales con la revisión de Gelauff y Stone (2016). El **pronóstico** parece **generalmente desfavorable**: en la mayoría de los estudios, los síntomas motores funcionales y los ataques psicógenos no epilépticos siguen igual, o incluso peor, en la mayoría de los pacientes durante el seguimiento. La **larga duración de los síntomas** fue el predictor negativo más claro, y el **diagnóstico y la edad tempranos** parecen predecir un **buen resultado**.

1. El manual dice lo contrario: el pronóstico parece ser generalmente desfavorable.
2. La larga duración de los síntomas es el predictor negativo más distintivo, no un factor de buen pronóstico.
3. Es la frase final del apartado: diagnóstico y edad tempranos predicen un buen resultado.
4. En la mayoría de los pacientes, los ataques psicógenos no epilépticos siguen igual o empeoran en el seguimiento.

> **Para fijarlo.** En la conversión, el tiempo juega en contra: cuanto antes se diagnostica y más joven es el paciente, mejor.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 357.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 117

117

PATRONES CLÍNICOS

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes elementos transdiagnósticos NO se ha postulado como variable común en los trastornos por preocupaciones somáticas?:

1 Amplificación somatosensorial.

2 Perfeccionismo orientado a la salud. ✓

3 Intolerancia a la incertidumbre.

4 Pensamiento rumiativo.

El perfeccionismo no está entre las variables transdiagnósticas de las preocupaciones somáticas

Belloch dedica un apartado a las **características transdiagnósticas** de los trastornos asociados con preocupaciones somáticas, es decir, variables comunes que parecen actuar como predictoras o mantenedoras de todos ellos. Enumera la **sensibilidad a la ansiedad**, la **amplificación somatosensorial**, la **rumiación o pensamiento rumiativo** y varias creencias disfuncionales: la **intolerancia a la incertidumbre**, el **catastrofismo** (sobrestimar la amenaza) y sobrestimar la importancia de los pensamientos sobre los síntomas, sobre todo la **fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad**. Fonseca recoge una lista parecida, sin la rumiación y con la atribución de síntomas y la alexitimia. El perfeccionismo orientado a la salud no aparece en ninguno de los dos manuales.

1. Está en la lista. Es la tendencia a experimentar las sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras, con tres elementos según Barsky: hipervigilancia, selección de sensaciones débiles e infrecuentes, y reacciones que las intensifican.
2. No figura entre las variables transdiagnósticas que recogen los manuales citados.
3. Está en la lista y el manual la considera una de las creencias más relevantes, porque empuja a buscar sin descanso la certeza de no estar enfermo.
4. Está en la lista: acompaña a los estados de preocupación y se relaciona con el miedo a padecer una enfermedad grave y con los síntomas somáticos.

Trampa. El perfeccionismo es una variable transdiagnóstica en otros trastornos (por ejemplo, en los alimentarios), y por eso suena verosímil. Aquí no está.

Para fijarlo. Sensibilidad a la ansiedad, amplificación, rumiación, intolerancia a la incertidumbre, catastrofismo y fusión pensamiento-acción: seis variables y ningún perfeccionismo.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 333-334. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Pág. 462.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 73, PIR 2024 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 116

118

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes NO es una técnica propia de la terapia de activación conductual de Jacobson (2001)?

1 Atención a la experiencia (mindfulness)

2 Programación de actividades valiosas

3 Extinción de evitaciones

4 Ejercicios de autocompasión ✓

La autocompasión no forma parte de la activación conductual

Fonseca explica que la **activación conductual (AC)** de Jacobson se sirve de pocas técnicas. La principal, la columna vertebral de la intervención, es la **programación de actividades valiosas**, el procedimiento con mayor impacto para romper la situación depresiva. Junto a ella pueden usarse otras cuatro: la **extinción de evitaciones** (con un enfoque de solución de problemas), el **reforzamiento positivo directo** de conductas antidepresivas, la **atención a la experiencia** (un mindfulness informal) y el **entrenamiento en habilidades** para lograr reforzadores. Rodríguez Morejón organiza las técnicas de forma parecida: planificar actividades, solución de problemas, trabajo con conductas de evitación, manejo de contingencias y trabajo con rumiaciones. Ninguno de los dos manuales incluye ejercicios de autocompasión.

1. La atención a la experiencia, un mindfulness informal, es una de las cuatro técnicas complementarias de la AC. Rodríguez Morejón la usa en el trabajo con rumiaciones: cuando la persona nota que empieza a rumiar, dirige su atención a la experiencia.
2. Es la técnica central de la AC: actividades que el análisis funcional revela como fuentes de reforzamiento y que no son evitaciones.
3. La extinción de evitaciones es otra de las técnicas complementarias, y el modelo TRAP-TRAC se dirige precisamente a romper el patrón de evitación.
4. Los ejercicios de autocompasión no aparecen entre las técnicas de la AC en ninguno de los dos manuales citados.

Ojo. Las páginas oficiales de Rodríguez Morejón (275-279) no coinciden con la edición del corpus, en la que esas páginas tratan la terapia de Ellis. La activación conductual ocupa ahí el cap. 13, págs. 253-261.

Para fijarlo. La activación conductual programa lo valioso, desmonta evitaciones, refuerza lo antidepresivo, atiende a la experiencia y entrena habilidades.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 311-314. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Págs. 275-279.

EN EL ATLAS: Tema F25 · Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 129, PIR 2018 · n.º 145, PIR 2021 · n.º 172, PIR 2022 · n.º 158, PIR 2024 · n.º 83

119

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F9 · Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional

Respuesta correcta: 4

Según la terapia centrada en soluciones de De Shazer, una de las premisas básicas acerca del ser humano es que:

1. La mayoría de las personas necesitan ser instruidas para resolver sus problemas, dado su déficit de competencia.
2. Las personas buscamos asemejarnos a los demás.
3. Las conductas problemáticas reflejan deficiencias estructurales en el sistema.
4. Cada persona dispone de fortalezas y recursos que pueden activarse para promover el cambio. ✓

Para De Shazer, toda persona tiene competencias y recursos para cambiar

Rodríguez Morejón resume la **visión del ser humano** de la terapia centrada en soluciones (TCS), que recupera la mirada positiva de Rogers. Su primera premisa es que **todas las personas tienen algún tipo de competencia**, sea en cualidades personales o en recursos de apoyo de su red social: todo el mundo tiene **áreas de fortaleza** sobre las que asentar los cambios, y es muy probable que los usuarios ya estén haciendo cosas útiles. Las demás premisas son que las personas son **responsables de su propia vida**, que estamos hechos para **perseguir metas** y que **cada persona es única** e irrepetible.

1. Contradice la primera premisa: todas las personas tienen competencias. Además, el terapeuta de la TCS adopta una posición de ignorancia y los usuarios son los expertos en su problema, así que no se trata de instruirles.
2. Es lo contrario de lo que dice el manual: crecemos esforzándonos por diferenciarnos de los demás y queremos ser especiales.
3. La TCS no busca deficiencias en el sistema. Se aparta de la visión sistémica clásica que culpabiliza a la familia y ve a esta como una fuente de recursos; los problemas se mantienen por la mala suerte, las circunstancias o la ineficacia de las soluciones intentadas.
4. Es la primera premisa de la TCS: todas las personas tienen fortalezas sobre las que asentar el cambio.

Ojo. Las páginas oficiales (495-504) no coinciden con la edición del corpus, donde la terapia centrada en soluciones es el cap. 28 y la visión de la persona está en las págs. 464-465.

Para fijarlo. En la TCS el cliente es el experto y trae los recursos; el terapeuta solo ayuda a encontrarlos.

REFERENCIA OFICIAL: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Págs. 495-504.

EN EL ATLAS: Tema F9 · Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 162, PIR 2022 · n.º 193

120

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones

Respuesta correcta: 3

Según La terapia centrada en la emoción (Greenberg, 2011), el cambio terapéutico central se produce cuando el paciente:

1. Reduce la activación fisiológica mediante técnicas de relajación y control.
2. Logra distanciarse cognitivamente de sus estados afectivos intensos.
3. Reprocesa una emoción disfuncional con otra emoción más adaptativa. ✓
4. Aprende a sustituir las emociones negativas por pensamientos racionales.

En la terapia centrada en la emoción, una emoción se cambia con otra

Rodríguez Morejón señala como uno de los **principios nucleares** de la terapia centrada en la emoción (TCE) que **una emoción se cambia con otra**: el malestar secundario debe **transformarse en una emoción primaria adaptativa**, porque las emociones primarias conectan mejor la situación con la necesidad de la persona y activan tendencias de acción más constructivas. El terapeuta guía a la persona para que viva el malestar, identifique la necesidad que hay debajo y localice cualquier sentimiento alternativo más adaptativo. Fonseca coincide en que el objetivo es identificar las emociones desadaptativas, **reexperimentarlas** y llegar a nuevas opciones de respuesta emocional, en un proceso de **reprocesamiento emocional** en seis fases.

1. Modular la activación forma parte del paso de regulación (por ejemplo, fijarse en la respiración), pero el manual sitúa el cambio en otro sitio: uno de los principios nucleares de la TCE es que una emoción se cambia con otra, después de vivirla en la sesión.
2. Tomar distancia aparece como recurso del paso de regulación, pero el cambio central de la TCE es otro: la persona tiene que experimentar las emociones tal como aparecen, en el ambiente seguro de la terapia, y transformar el malestar secundario en una emoción primaria adaptativa.
3. Es el principio nuclear de la TCE: una emoción desadaptativa se transforma con otra más adaptativa.
4. Sustituir emociones por pensamientos racionales contradice la idea de que una emoción se cambia con otra emoción, no con un pensamiento.

Ojo. Las páginas oficiales de Rodríguez Morejón (554-558) no coinciden con la edición del corpus, donde la transformación de la emoción está en la pág. 522.

Para fijarlo. Greenberg: no se razona contra una emoción; se la vive y se la cambia por otra más adaptativa.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 4, págs. 123-127. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Págs. 554-558.

EN EL ATLAS: Tema F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 159

121

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes alternativas describe una de las características centrales de la terapia centrada en el presente (Classen, Butler y Spiegel, 2001) para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático?

1. Se enfoca en identificar y cuestionar directamente las creencias disfuncionales relacionadas con el trauma.
2. Se aplica principalmente en formato grupal para fomentar apoyo social.
3. Su objetivo principal es la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión asociados.
4. Se centra en mejorar las relaciones interpersonales utilizando la relación terapéutica como herramienta de cambio. ✓

La terapia centrada en el presente trabaja las relaciones a través de la relación terapéutica

Fonseca presenta la **terapia centrada en el presente (TCP)** de Classen, Butler y Spiegel (2001) como una intervención manualizada, en sesiones semanales de 90 minutos, que nació como **tratamiento de comparación** con la TCC. Pretende que la persona **establezca relaciones interpersonales positivas**, **sirviéndose de la relación terapéutica**, la naturalización de los síntomas, la validación de la experiencia y el aumento del sentido de dominio y la autoconfianza. Su objetivo principal es que la persona reflexione sobre cómo el trauma ha influido en su **estilo actual de interacción** y aprenda modos más funcionales de relación, siempre en el **aquí y ahora**.

1. La TCP no se define por cuestionar creencias. Con el tiempo incorporó componentes como la reestructuración cognitiva, pero su núcleo es el trabajo sobre los patrones de relación actuales.
2. El manual la describe con sesiones semanales de 90 minutos y no menciona el formato grupal como rasgo característico.
3. El objetivo principal que señala el manual es reflexionar sobre cómo el trauma ha influido en la forma actual de relacionarse y aprender modos de relación más funcionales, no la reducción de la ansiedad y la depresión.
4. Es la definición del manual: relaciones interpersonales positivas sirviéndose de la relación terapéutica.

Ojo. Según el manual, la TCP redujo de forma significativa la sintomatología postraumática y fue tan eficaz como la exposición prolongada en una muestra de 370 militares en activo (Foa et al., 2018). Una revisión posterior (Belsher et al., 2019) concluye que es eficaz frente a un grupo control, pero menos que las terapias centradas en el trauma, aunque con menos abandonos.

Para fijarlo. Terapia centrada en el presente: el trauma se trabaja en cómo me relaciono hoy, y la relación con el terapeuta es el laboratorio.

REFERENCIA OFICIAL	Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 418.
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 142, PIR 2022 · n.º 180, PIR 2023 · n.º 90, PIR 2025 · n.º 126, PIR 2025 · n.º 127

122

PATRONES CLÍNICOS

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

Respuesta correcta: 3

En relación con el perfil psicopatológico específico del trastorno de estrés postraumático:

1. La reexperimentación es más característica en los supervivientes de accidentes de tráfico que en las víctimas de agresiones sexuales.
2. La evitación es un síntoma más marcado en las víctimas de agresiones sexuales, pero prácticamente ausente en el resto de categorías.
3. Las víctimas de accidentes presentan menos evitación, pero destacan por un elevado número de síntomas de sobresalto. ✓
4. La hiperactivación y los cambios en el estado de ánimo son característicos solo de las víctimas de terrorismo y de maltrato.

Los accidentados evitan menos, pero se sobresaltan mucho

Belloch recoge el **perfil psicopatológico del TEPT según el tipo de suceso** a partir de Echeburúa et al. (2005). La **reexperimentación** es muy alta en las víctimas de agresiones sexuales, terrorismo y maltrato. La **evitación** es muy marcada en todas las categorías, **excepto en los accidentados**, que en cambio presentan **muchos síntomas de sobresalto**. Y la **hiperactivación** y los cambios en el estado de ánimo afectan a todas las víctimas.

1. La reexperimentación es muy alta en las víctimas de agresiones sexuales, terrorismo y maltrato; el manual no la destaca en los accidentes de tráfico.
2. La evitación es muy marcada en todas las categorías de pacientes, salvo en los accidentados; no se limita a las agresiones sexuales.
3. Es lo que dice el manual: menos evitación en los accidentados, pero muchos síntomas de sobresalto.
4. La hiperactivación y los cambios en el estado de ánimo afectan a todas las víctimas, no solo a las de terrorismo y maltrato.

PERFIL DEL TEPT SEGÚN EL TIPO DE SUCESO (ECHEBURÚA ET AL., 2005)

Síntomas	Qué víctimas los presentan
Reexperimentación	Muy alta en las víctimas de agresiones sexuales, de terrorismo y de maltrato
Evitación	Muy marcada en todas las categorías de pacientes, excepto en el caso de los accidentados
Sobresalto	Los accidentados presentan muchos síntomas de sobresalto
Hiperactivación y cambios en el estado de ánimo	Afectan a todas las víctimas

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2024), vol. II, cap. 4, pág. 133

Trampa. Los distractores usan «más característica», «prácticamente ausente» o «solo» para convertir en exclusivo lo que el manual describe como general.

Para fijarlo. La reexperimentación se dispara tras las agresiones sexuales, el terrorismo y el maltrato; la evitación solo afloja en los accidentados.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 133.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 199, PIR 2025 · n.º 123, PIR 2025 · n.º 124

123

PATRONES CLÍNICOS

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

Respuesta correcta: 2

Según la CIE-11, el trastorno por estrés postraumático complejo:

1. No incluye reexperimentación ni evitación, a diferencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT).
2. Incluye los síntomas del TEPT añadiendo alteraciones en la regulación emocional, autoconcepto negativo y dificultades interpersonales. ✓
3. Sustituye los síntomas de hiperactivación por síntomas de disociación crónica.
4. Es equivalente al TEPT con el especificador “con síntomas disociativos” del DSM-5-TR.

El TEPT complejo es el TEPT más tres alteraciones de la autoorganización

Belloch explica que, según la **CIE-11**, el diagnóstico de **TEPT complejo** exige cumplir los **criterios del TEPT** (reexperimentación, evitación y percepción persistente de una amenaza actual acentuada) y, además, tres grupos de problemas: **en la regulación del afecto**, **creencias negativas sobre uno mismo** (sentirse sin valía o derrotado, culpa o fracaso relacionados con el suceso) y **dificultades para mantener relaciones** y sentirse cerca de los demás. La figura 4.1 lo representa como seis criterios, los tres del TEPT y tres más. La propia CIE-11 lo define igual y añade que suele aparecer tras eventos prolongados o repetidos de los que es difícil escapar, como la tortura, la violencia doméstica prolongada o el abuso repetido en la infancia.

1. Es al revés: el TEPT complejo exige cumplir todos los criterios del TEPT, incluidas la reexperimentación y la evitación.
2. Es la definición de la CIE-11 que recoge el manual.
3. No sustituye nada. Los criterios del TEPT, incluida la percepción de amenaza, se mantienen, y lo que se añade son problemas de regulación del afecto, autoconcepto y relaciones.
4. Son cosas distintas. El especificador «con síntomas disociativos» es del DSM (despersonalización o desrealización persistentes), y Belloch subraya que el TEPT complejo no está descrito en el DSM-5.

Ojo. La CIE-11 del corpus es la versión en línea de 2025, sin paginación de libro: el texto del 6B41 coincide con lo que resume Belloch, pero no hemos podido comprobar la pág. 412 que cita el Ministerio.

Para fijarlo. El TEPT complejo suma al TEPT tres problemas: afecto desregulado, yo devaluado y relaciones difíciles.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 135. Organización Mundial de la Salud (2022). CIE-11. Pág. 412.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Belloch 2024 (Base) y II (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 123, PIR 2025 · n.º 122, PIR 2025 · n.º 124

124

PATRONES CLÍNICOS

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

Respuesta correcta: 4

En el trastorno por estrés postraumático, ¿cuál se considera un indicador negativo de recuperación?:

1. Haber vivido un único acontecimiento traumático relacionado con una catástrofe natural.
2. Presentar elevada reactividad fisiológica inmediata en los días posteriores al trauma.
3. Disponer de un alto apoyo social percibido tras la experiencia traumática.
4. Haber vivido una exposición repetida y prolongada a abuso sexual intrafamiliar durante la infancia. ✓

La exposición prolongada, como el abuso sexual intrafamiliar, dificulta la recuperación

Belloch dedica un apartado a los **indicadores negativos de recuperación** del TEPT. Los factores más problemáticos son la **inestabilidad emocional anterior** al suceso y la **duración prolongada de la exposición** a los estímulos traumáticos, «como sucede en las situaciones de **abuso sexual intrafamiliar en la infancia**». El mayor riesgo de cronificación aparece cuando la persona muestra **embotamiento afectivo** (anestesia emocional). También empeoran el pronóstico haber sido hospitalizado por heridas del suceso, un trastorno ansioso-depresivo grave, una victimización previa, una mala adaptación anterior, las estrategias de afrontamiento negativas, la culpa, la rabia, la rumiación y la evitación intencionada de pensamientos intrusivos.

1. Un suceso único y no intencional no aparece entre los indicadores negativos. El mismo capítulo señala que el TEPT tiene una incidencia más baja en los supervivientes de una catástrofe o accidente.
2. El manual dice que el sobresalto y la hiperactivación pueden ser lo más espectacular al principio, pero que lo peor es perder la capacidad de responder emocionalmente al entorno, el embotamiento afectivo.
3. El apoyo social es un factor favorable: con una red de apoyo social se consigue a veces transformar el dolor en energía positiva.
4. Es el ejemplo literal que pone el manual de exposición prolongada a los estímulos traumáticos.

Ojo. La opción 2 tiene algo de apoyo indirecto: el manual relaciona la vulnerabilidad biológica con un menor umbral de activación psicofisiológica (pág. 139). Pero en el apartado de indicadores negativos de recuperación advierte que el sobresalto y la hiperactivación son lo más llamativo al principio y que lo peor es el embotamiento afectivo (pág. 141), así que la clave se sostiene.

Trampa. La opción 2 parece grave porque es llamativa, pero el manual advierte que lo preocupante es el embotamiento, no la hiperactivación inicial.

Para fijarlo. Lo que más pesa en contra: fragilidad previa, trauma largo y repetido, y anestesia emocional.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 141.

EN EL ATLAS: Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 136, PIR 2025 · n.º 122, PIR 2025 · n.º 123

125

PATRONES CLÍNICOS

B13 · Trastorno adaptativo

Respuesta correcta: 2

A. es despedido del trabajo tras 15 años en la empresa. En las dos semanas siguientes presenta tristeza, insomnio y preocupación constante por su situación económica. También explica que le vienen a la mente cavilaciones constantes sobre el día del despido. Según las clasificaciones diagnósticas CIE-11 y DSM-5-TR, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Trastorno de ansiedad generalizada.
2. Trastorno de adaptación. ✓
3. Trastorno de estrés postraumático.
4. Episodio depresivo mayor.

Un despido seguido de tristeza y cavilaciones apunta a un trastorno de adaptación

La CIE-11 define el **trastorno de adaptación** como una reacción desadaptativa a un **estresante psicosocial identificable** (pone como ejemplos los problemas socioeconómicos y los conflictos en el trabajo) que suele surgir dentro del mes siguiente. Se caracteriza por la preocupación por el factor estresante o sus consecuencias, con pensamientos recurrentes y **cavilación constante** sobre sus implicaciones, y suele resolverse en 6 meses salvo que el estresor persista. El DSM-5-TR pide síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor identificable, que aparezcan en los 3 meses siguientes, y pone justo el ejemplo de **ser despedido** como estresor agudo. A. encaja: despido, inicio en dos semanas, tristeza, insomnio, preocupación económica y cavilaciones sobre el día del despido.

1. El trastorno de ansiedad generalizada exige ansiedad y preocupación excesivas durante un mínimo de 6 meses y sobre diversos sucesos o actividades. A. lleva dos semanas y su preocupación gira en torno a un único estresor.
2. Hay un estresor identificable, los síntomas aparecen en las dos semanas siguientes y la preocupación y las cavilaciones se centran en él, como describen la CIE-11 y el DSM-5-TR.
3. El TEPT exige exposición a la muerte, a una lesión grave o a violencia sexual, real o amenazada. Un despido no cumple ese criterio, y las cavilaciones sobre el día del despido son preocupación, no reexperimentación.
4. El episodio depresivo mayor requiere cinco o más síntomas durante dos semanas, con ánimo deprimido o pérdida de interés. El caso describe tristeza e insomnio, pero no llega a ese cuadro, y la CIE-11 excluye el trastorno de adaptación si los síntomas se explican mejor por un trastorno del estado de ánimo.

Ojo. La CIE-11 del corpus es la versión en línea de 2025, sin paginación de libro, así que no hemos podido comprobar la pág. 468 que cita el Ministerio. En el DSM-5-TR, los criterios del trastorno de adaptación están en la pág. 319.

Trampa. Las dos semanas del enunciado recuerdan el criterio temporal del episodio depresivo mayor, pero aquí miden el tiempo desde el estresor.

Para fijarlo. Estresor claro, inicio rápido y la mente dando vueltas a lo que pasó: trastorno de adaptación.

REFERENCIA OFICIAL: Organización Mundial de la Salud (2022). CIE-11. Pág. 468. American Psychiatric Association (2022). DSM-5-TR. Pág. 319.

EN EL ATLAS: Tema B13 · Trastorno adaptativo. Se estudia con CIE-11 (Ampliación) y DSM-5-TR (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 78, PIR 2018 · n.º 141

126

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

Un hombre de 38 años acude a consulta tras sobrevivir a un accidente de tráfico grave hace 8 meses. Desde entonces, presenta recuerdos intrusivos del accidente, pesadillas frecuentes, hipervigilancia y evita conducir. También refiere elevada ansiedad cada vez que oye frenar a un coche. ¿Qué intervención se considera de primera elección?:

1. Exposición prolongada. ✓
2. Terapia centrada en el presente.
3. Entrenamiento en inoculación de estrés.
4. Debriefing psicológico.

En el TEPT se empieza por los tratamientos centrados en el trauma, como la exposición prolongada

El caso es un **TEPT** de ocho meses de evolución tras un accidente: intrusiones, pesadillas, hipervigilancia, evitación de conducir y reactividad ante el ruido de un frenazo. Fonseca distingue entre **tratamientos centrados en el trauma (TCT)**, que trabajan el recuerdo del suceso o su significado (terapias de exposición, terapia cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo, EMDR), y **tratamientos no centrados en el trauma** (relajación, inoculación de estrés, terapia centrada en el presente). Las directrices de la APA y de NICE orientan a usar los **TCT como primera elección**. La **exposición prolongada** es uno de ellos, y junto con la reestructuración cognitiva es de las técnicas más eficaces para reducir los síntomas.

1. Es un tratamiento centrado en el trauma, y el metaanálisis de Powers et al. (2010) la muestra como altamente eficaz para el TEPT.
2. El manual la clasifica entre los tratamientos no centrados en el trauma. Reduce los síntomas, pero una revisión la sitúa por debajo de los centrados en el trauma.
3. También es un tratamiento no centrado en el trauma, y el manual considera insuficiente la evidencia sobre su eficacia en adultos con TEPT.
4. El debriefing es una estrategia de prevención secundaria, en formato grupal, para los intervinientes de primera línea en las 24-72 horas posteriores a un incidente; no es una psicoterapia para un TEPT establecido.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DEL TEPT SEGÚN SU FOCO

Tipo	Ejemplos
Tratamientos centrados en el trauma (TCT)	Terapias de exposición, terapia cognitiva, terapia de procesamiento cognitivo, EMDR
No centrados en el trauma	Técnicas de relajación, entrenamiento en inoculación de estrés, terapias centradas en el presente

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 13, pág. 413

> **Para fijarlo.** Si hay TEPT, se va al recuerdo: exposición, terapia cognitiva, CPT o EMDR. Lo demás acompaña, pero no es primera elección.

REFERENCIA OFICIAL Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, págs. 413-426.

EN EL ATLAS Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 144, PIR 2019 · n.º 184, PIR 2021 · n.º 143, PIR 2022 · n.º 177, PIR 2023 · n.º 90, PIR 2024 · n.º 124, PIR 2025 · n.º 121, PIR 2025 · n.º 127

127

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 1

¿Cuál constituye un punto de estancamiento en la terapia de procesamiento cognitivo (CPT; Resick et al., 2012) para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático?:

1. La tendencia a culparse a sí mismo por el evento traumático. ✓
2. La dificultad para expresar y comunicar emociones.
3. La evitación de las situaciones que recuerden el acontecimiento traumático.
4. La dificultad para regular emociones intensas.

En la CPT, «ocurrió por mi culpa» es un punto de estancamiento

Fonseca explica que la **terapia de procesamiento cognitivo (CPT)** de Resick es un protocolo de doce sesiones, individual o en grupo, que empieza con psicoeducación y usa el **diálogo socrático** para reinterpretar los **puntos de estancamiento**. Son **interpretaciones disfuncionales del suceso traumático**, del tipo **«ocurrió por mi culpa»**, y también creencias sobre uno mismo y el mundo tras el trauma, como «no puedo confiar en nadie» o «soy un inútil». El objetivo es identificarlos, desafiarlos y desarrollar creencias alternativas más precisas. La CPT incluye además una narrativa escrita del trauma, y las últimas sesiones trabajan cinco áreas: seguridad, confianza, poder y control, estima e intimidad.

1. Culparse del suceso es el ejemplo de punto de estancamiento que da el manual.
2. La dificultad para expresar emociones no es una creencia sobre el trauma, y el manual no la incluye entre los puntos de estancamiento.
3. La evitación es un síntoma del TEPT que la narrativa escrita ayuda a disminuir. Los puntos de estancamiento, en cambio, son siempre interpretaciones o creencias.
4. La regulación de emociones intensas tampoco es una creencia, así que no encaja en la definición de punto de estancamiento del manual.

> **Para fijarlo.** Un punto de estancamiento es una creencia en la que el procesamiento se atasca, como «fue culpa mía», «nadie es de fiar» o «soy un inútil».

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 416.

EN EL ATLAS: Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 152, PIR 2021 · n.º 142, PIR 2021 · n.º 145, PIR 2022 · n.º 180, PIR 2025 · n.º 121, PIR 2025 · n.º 126

128

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

El trastorno psicótico breve:

1. No presenta síntomas negativos, pero sí catatonia. ✓
2. Presenta síntomas negativos, pero no catatonia.
3. Presenta síntomas positivos y negativos, pero no catatonia.
4. Presenta síntomas positivos, negativos y catatonia.

En el trastorno psicótico breve no hay síntomas negativos, pero puede haber catatonía

Belloch lo describe como un cuadro de **inicio rápido** (en dos semanas alcanza toda su intensidad, sin pródromos) y **duración breve**, con síntomas **cambiantes** incluso en cuestión de horas o días. Y añade la frase que resuelve la pregunta: **no se aprecian síntomas negativos, pero sí puede aparecer catatonía**. El DSM-5 de 2014 va en la misma línea. Su criterio A admite el comportamiento muy desorganizado o catatónico, define el trastorno por el inicio brusco de al menos un **síntoma psicótico positivo**, incluida la catatonía, y recoge «con catatonía» como especificador, igual que el DSM-5-TR.

1. Es literal del manual: sin síntomas negativos, pero con posible catatonía.
2. Invierte la relación. El trastorno psicótico breve no incluye síntomas negativos y sí admite la catatonía.
3. Acierta con los positivos, pero falla dos veces: no hay síntomas negativos y la catatonía sí puede aparecer.
4. Los síntomas negativos no forman parte del cuadro, aunque los positivos y la catatonía sí.

TABLA 11.5 DE BELLOCH: TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRANSITORIO (CIE-11) Y BREVE (DSM-5)

	CIE-11	DSM-5
Inicio y síntomas	Síntomas psicóticos de inicio agudo, en un plazo de dos semanas, sin pródromos: alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, síntomas psicomotores, catatonía	Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes; al menos uno de los mismos debe ser (1), (2) o (3): (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
Cambios rápidos	Cambios rápidos del tipo e intensidad de los síntomas, cambios en días o en el mismo día	—
Síntomas negativos	Ausencia de síntomas negativos durante el episodio	—
Duración	Los síntomas duran normalmente de días a un mes, y no exceden los tres meses	La duración de un episodio de la alteración es de al menos un día, pero inferior a un mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 11, tabla 11.5, pág. 363

Ojo. En el DSM-5 de 2014 (pág. 94) los síntomas negativos solo aparecen en la escala de gravedad, que puntúa las mismas dimensiones de la psicosis en todos los trastornos del capítulo. La ausencia de síntomas negativos la afirma Belloch. En el DSM-5-TR, los criterios del trastorno psicótico breve están en las págs. 108-109.

Para fijarlo. Breve y florido: positivos y quizá catatonía, nunca negativos.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 362. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 94.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 118, PIR 2020 · n.º 85, PIR 2025 · n.º 182

129

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Las vivencias de despersonalización en la esquizofrenia:

1. Son excepcionales y suelen aparecer en la fase aguda.
2. Son comunes, especialmente en la fase prodrómica. ✓
3. Son comunes y suelen aparecer en la fase aguda.
4. Son habituales, sobre todo en la fase residual.

La despersonalización es muy común en la fase prodrómica

Belloch lo dice con una frase literal: las **vivencias de despersonalización** son **muy comunes, especialmente en la fase prodrómica**. Al describir el curso, el manual añade que la fase prodrómica aparece en el 80-90 % de los casos, con síntomas muy inespecíficos (los primeros suelen ser los negativos, junto con ansiedad, depresión e irritabilidad), y que en ella hay una vivencia común de **sobreestimulación**, con dificultades para pensar, despersonalización y perplejidad. En la **fase activa** dominan los síntomas psicóticos y la perplejidad se convierte en certeza; en la **fase residual** predominan los síntomas negativos.

1. El manual las considera muy comunes y las sitúa sobre todo en la fase prodrómica, antes de la fase aguda.
2. Es la frase literal del manual.
3. Acierta en que son comunes, pero en la fase aguda o activa lo que domina son los síntomas psicóticos, y la perplejidad del pródromo da paso a la certeza.
4. La fase residual empieza con la recuperación de la crítica y en ella dominan los síntomas negativos; el manual no sitúa ahí la despersonalización.

FASES DE UN EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA

Fase	Qué la caracteriza
Prodrómica (80-90 % de los casos)	Gran variedad de síntomas, muchos muy inespecíficos; los primeros en aparecer suelen ser los síntomas negativos, además de síntomas de la dimensión afectiva; vivencia común de sobreestimulación, con dificultades para pensar, despersonalización y perplejidad
Activa	Muestra de forma más evidente la sintomatología positiva, habitualmente la dimensión psicótica y desorganizada; el estado vivencial cambia de la perplejidad a la certeza
Residual	Se inicia con la recuperación de la crítica de lo que la persona experimenta; suelen dominar los síntomas negativos; la dimensión afectiva, fundamentalmente síntomas depresivos, puede tener una importante presencia, incrementando el riesgo de suicidio

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 11, págs. 356-357

Ojo. Es una frase literal de Belloch. Fonseca (2019) incluye además entre los pródromos de la psicosis las alteraciones de la percepción del yo, de los otros y del mundo.

Para fijarlo. En el pródromo hay perplejidad y despersonalización; en la fase activa, certeza, y en la residual, síntomas negativos.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 356.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 134

130

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 1

En raras ocasiones, el discurso de una persona con esquizofrenia puede llegar a ser tan incomprensible que se asemeja a:

1 Una afasia sensorial. ✓

2 Una afasia productiva.

3 Una afasia anómica.

4 Una afasia cortical.

El discurso muy desorganizado se parece a una afasia sensorial

El DSM describe el **pensamiento (discurso) desorganizado** como un trastorno formal del pensamiento que se infiere del habla: la persona cambia de tema (descarrilamiento o asociaciones laxas) o responde de forma indirecta o sin relación (tangencialidad). Y añade que, en raras ocasiones, el discurso está tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y **se asemeja a una afasia sensorial** en su desorganización lingüística, y eso es la **incoherencia** o **«ensalada de palabras»**. Belloch recuerda que el patrón de habla desviada de algunos pacientes con esquizofrenia, la llamada esquizoafasia, guardaba cierta relación con la **afasia de Wernicke**, que su tabla 9.1 describe con fluidez normal, neologismos o parafasias y un habla que puede carecer de significado.

1. Es la comparación literal del DSM: incoherencia o ensalada de palabras que recuerda a una afasia sensorial.
2. Si se entiende como afasia motora o de Broca, la tabla 9.1 de Belloch la describe con un habla laboriosa por los trastornos articulatorios, agramatismo y falta de fluidez, lo contrario del discurso fluido e incoherente de la esquizofrenia.
3. En la afasia anómica o amnésica, según la misma tabla, el habla es normal salvo para los nombres, la comprensión suele ser normal y solo hay circunloquios ocasionales.
4. «Afasia cortical» engloba varios síndromes: Belloch divide los síndromes afásicos en corticales y subcorticales, y entre los corticales incluye la de Broca, la de Wernicke, la de conducción, la anómica, las transcorticales y la global.

Ojo. El texto es el mismo en el DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio (pág. 88) y en el DSM-5-TR (pág. 102).

Para fijarlo. Ensalada de palabras: fluye como un Wernicke, pero no se entiende.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 88.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 70, PIR 2023 · n.º 160

131

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento de los trastornos psicóticos:

1. Durante la fase aguda se desaconsejan las intervenciones psicológicas individuales.
2. La terapia cognitivo-conductual (TCC) para la psicosis no se aplica en la fase de remisión de la sintomatología psicótica.
3. La TCC para la psicosis incluye la prevención de recaídas. ✓
4. Durante la fase aguda se desaconsejan las intervenciones psicológicas grupales.

La TCC para la psicosis incluye la prevención de recaídas

Fonseca recuerda que, desde sus primeras definiciones, la **TCC para la psicosis (TCCp)** busca reducir la angustia y la incapacidad asociadas a los síntomas, reducir el trastorno emocional y **conseguir la implicación de la persona en la prevención de recaídas** y en su capacitación social. Todas sus versiones comparten la relación terapéutica, la evaluación individualizada, la formulación del caso, las estrategias de afrontamiento, el trabajo con delirios y voces y **la prevención de recaídas y la discapacidad social**, que tiene además un apartado propio en el capítulo. El manual añade que se aplicó primero a síntomas resistentes, en formato **individual o grupal**, y después también en la **fase aguda**, en primeros episodios y en estados mentales de alto riesgo; las guías la recomiendan **en estado agudo y también en remisión**.

1. El manual no las desaconseja: la TCCp se ha aplicado también en la fase aguda, y las guías la recomiendan en estado agudo.
2. Las guías que cita el manual recomiendan la TCCp tanto en estado agudo como en remisión.
3. La prevención de recaídas es uno de los objetivos y de los componentes comunes de la TCCp.
4. La TCCp se ha aplicado en formato grupal, y el manual no desaconseja ese formato en la fase aguda.

Ojo. La segunda referencia oficial, Vallejo (2016), Manual de terapia de conducta, no está en el corpus, que tiene las ediciones de 2012 y 2023. La respuesta se sostiene con Fonseca.

Para fijarlo. TCC para la psicosis: en cualquier fase, individual o en grupo, y siempre con un plan contra las recaídas.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 263. Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Págs. 972-977.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 158, PIR 2022 · n.º 150, PIR 2024 · n.º 164, PIR 2024 · n.º 165, PIR 2025 · n.º 93

132

PATRONES CLÍNICOS

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 3

En relación con el diagnóstico del trastorno bipolar, según el DSM-5-TR:

1. El Trastorno Bipolar tipo I se establece únicamente en presencia de antecedentes familiares de trastorno afectivo.
2. El Trastorno Bipolar tipo II requiere al menos un episodio maníaco y uno depresivo mayor.
3. El Trastorno Bipolar tipo I se diagnostica con al menos un episodio maníaco, haya o no episodios depresivos mayores. ✓
4. El Trastorno Bipolar tipo II exige la presencia de síntomas psicóticos durante la hipomanía.

Para el trastorno bipolar I basta un episodio maníaco

El DSM-5-TR lo deja claro en las notas de sus criterios: **se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida** para diagnosticar un **trastorno bipolar I**. Los episodios hipomaníacos y los de **depresión mayor** son frecuentes en el bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico. El **bipolar II**, en cambio, exige al menos un episodio **hipomaníaco** y al menos uno de **depresión mayor**, y que nunca haya habido un episodio maníaco. Belloch lo resume igual, porque define el tipo I por el antecedente de un episodio maníaco y agrupa en el tipo II a quienes han tenido episodios depresivos e hipomaníacos sin una manía completa.

1. Los antecedentes familiares no forman parte de los criterios del bipolar I, que se basan en la presencia de un episodio maníaco.
2. Un episodio maníaco excluye el bipolar II, cuyo criterio B dice que nunca ha habido un episodio maníaco. Lo que exige es un episodio hipomaníaco y uno de depresión mayor.
3. Es la nota del DSM-5-TR: un episodio maníaco basta, y los depresivos mayores no son necesarios.
4. Si hay características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco, y entonces ya no se trata de una hipomanía ni de un bipolar II.

BIPOLAR I Y BIPOLAR II EN EL DSM-5-TR

	Bipolar I	Bipolar II
Episodio maníaco	Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida	Nunca ha habido un episodio maníaco
Episodio hipomaníaco	Frecuentes, pero no son necesarios para el diagnóstico	Al menos un episodio hipomaníaco
Episodio de depresión mayor	Frecuentes, pero no son necesarios para el diagnóstico	Al menos un episodio de depresión mayor

Fuente: DSM-5-TR, págs. 140-141 y 151-152

Ojo. La traducción española del DSM-5-TR del corpus contiene una errata en el criterio A del bipolar II: dice «se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-F)», cuando los criterios A-F son los del episodio hipomaníaco (pág. 152). La opción 2 coincide con esa errata, pero el criterio B aclara que nunca ha habido un episodio maníaco y la introducción del capítulo exige al menos un episodio hipomaníaco (pág. 139), así que la clave no cambia.

Para fijarlo. Una manía hace el tipo I; el tipo II necesita hipomanía más depresión y ninguna manía. Y con psicosis ya no hay hipomanía.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 139-143 y 150-152. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 277.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 122, PIR 2017 · n.º 52, PIR 2025 · n.º 133

133

PATRONES CLÍNICOS

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

En relación con el episodio hipomaníaco, según el DSM-5-TR:

1. Su duración mínima es de 4 días y no se acompaña de síntomas psicóticos. ✓
2. Produce un deterioro funcional grave y suele requerir hospitalización.
3. Puede diagnosticarse, aunque dure solo 2 días si hay síntomas psicóticos.
4. Su duración mínima es de 7 días y no se acompaña de síntomas psicóticos.

La hipomanía dura al menos 4 días y no tiene síntomas psicóticos

Según el DSM-5-TR, el **episodio hipomaníaco** es un periodo de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que dura **como mínimo 4 días consecutivos**, la mayor parte del día y casi todos los días. Requiere tres o más síntomas (cuatro si el ánimo es solo irritable), un cambio inequívoco del funcionamiento observable por otros, y que el episodio **no sea lo bastante grave** como para alterar de forma importante el funcionamiento social o laboral ni para necesitar hospitalización. Y añade: **si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco**. El episodio maníaco, en cambio, dura **como mínimo una semana** (o cualquier duración si hace falta hospitalizar). Belloch reproduce los mismos criterios.

1. Cuatro días como mínimo y sin síntomas psicóticos: son los criterios A y E del episodio hipomaníaco.
2. Es lo que lo distingue de la manía: la hipomanía no causa una alteración importante del funcionamiento ni requiere hospitalización.
3. Doble error: la duración mínima es de 4 días y, si hay síntomas psicóticos, el episodio pasa a ser maníaco.
4. Siete días es la duración mínima del episodio maníaco, no del hipomaníaco.

Trampa. Las opciones 1 y 4 son idénticas salvo por la cifra, y los 7 días son la duración mínima de la manía, no de la hipomanía.

Para fijarlo. La hipomanía dura 4 días, la notan los demás y no hospitaliza ni delira; la manía dura una semana, o menos si hay que ingresar.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 139-151. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 275.

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

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 128, PIR 2023 · n.º 191, PIR 2025 · n.º 132

134

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

En relación con el diagnóstico de esquizofrenia, selecciona la respuesta correcta:

1 Se presenta con mayor prevalencia en áreas rurales que urbanas.

2 Los hombres presentan un inicio más precoz que las mujeres. ✓

3 La prevalencia global supera el 3%, siendo más alta en zonas rurales y en mujeres.

4 Las mujeres evolucionan de forma más desfavorable que los hombres.

En la esquizofrenia, los hombres empiezan antes

Las dos fuentes coinciden. Belloch señala que los **hombres inician antes** el proceso psicótico (**15-24 años**) y que las mujeres lo hacen de tres a cuatro años más tarde (15-29 años). Caballo, Salazar y Carrobles lo cifran en la edad de máxima aparición: alrededor de los **25-27 años en los hombres** y de los 29-31 en las mujeres. Belloch añade que en los hombres los síntomas suelen ser **más graves** y la mortalidad mayor, y Caballo, que los varones son los más afectados y con **peor evolución**. Los dos sitúan más casos en **zonas urbanas**.

1 Es al revés: Belloch habla de tasas superiores en zonas urbanas, sobre todo muy pobladas, y Caballo de hasta cuatro veces más riesgo relativo en zonas urbanas que rurales.

2 Es lo que dicen Belloch y Caballo: los hombres empiezan varios años antes.

3 Falla en las tres cosas. Belloch da un riesgo vital del 0,7 % y Caballo una prevalencia vital media algo inferior al 1 %; la frecuencia es mayor en zonas urbanas y, si hay diferencias por sexo, afectan más a los varones.

4 Es al revés: los varones son los más afectados y con peor evolución según Caballo, y Belloch describe en ellos síntomas más graves y mayor mortalidad.

Para fijarlo. En el varón la esquizofrenia empieza antes, es más grave y tiene peor curso; en la ciudad hay más casos que en el campo.

REFERENCIA OFICIAL

Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Págs. 404-405. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 356-357.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 121, PIR 2015 · n.º 210, PIR 2020 · n.º 84, PIR 2025 · n.º 129

135

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Según los criterios del DSM-5-TR, el trastorno esquizoafectivo:

1. Requiere la presencia simultánea de síntomas afectivos y psicóticos durante todo el curso de la enfermedad.
2. Exige al menos 2 semanas de síntomas psicóticos sin síntomas afectivos. ✓
3. Se clasifica dentro del espectro de los trastornos bipolares, dado su componente afectivo predominante.
4. Requiere como máximo 1 semana de síntomas psicóticos sin síntomas afectivos.

El trastorno esquizoafectivo exige al menos 2 semanas de psicosis sin episodio afectivo

El DSM-5-TR define el **trastorno esquizoafectivo** con cuatro criterios: A, un periodo ininterrumpido de enfermedad con un **episodio mayor del estado de ánimo** (maníaco o depresivo) concurrente con el **criterio A de la esquizofrenia**; B, **delirios o alucinaciones durante 2 o más semanas en ausencia** de un episodio mayor del estado de ánimo; C, síntomas afectivos presentes durante la **mayor parte** de la duración total de las fases activa y residual; y D, que no se deba a sustancias ni a otra afección médica. El criterio B es el que lo separa de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. El DSM-5-TR añade un matiz: el episodio depresivo debe cursar con ánimo deprimido, porque la disminución del interés o del placer no basta. Belloch reproduce el criterio B en su tabla 11.3.

1. No se exige simultaneidad durante todo el curso. Los síntomas afectivos deben estar presentes la mayor parte del tiempo, y además tiene que haber un periodo de al menos 2 semanas de psicosis sin episodio afectivo.
2. Es el criterio B del DSM-5-TR.
3. El DSM-5-TR lo incluye en el capítulo del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; «tipo bipolar» es solo un especificador.
4. Invierte el criterio, que pide un mínimo de 2 semanas.

> **Para fijarlo.** Esquizoafectivo: el ánimo acompaña casi todo el tiempo, pero hay al menos 2 semanas en que la psicosis va sola.

REFERENCIA OFICIAL

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 121-122. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2024). Manual de psicopatología (4.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 415.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Belloch 2024 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 80

136

PATRONES CLÍNICOS

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 1

Señale la FALSA en relación al trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (TNCCL):

1. La presencia de alucinaciones visuales es una de las características que permite establecer el diagnóstico diferencial con el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a Parkinson. ✓
2. Los individuos con TNCCL están más afectados funcionalmente en comparación con los individuos con otros trastornos neurodegenerativos como el Alzheimer.
3. La sintomatología suele ser más fluctuante (cambios en los niveles de alerta y desorientación), pudiendo variar incluso a lo largo del día.
4. En la mayoría de los casos de TNCCL no hay antecedentes familiares.

Lo que separa el TNC con cuerpos de Lewy del debido a Parkinson es la cronología de los síntomas

Se pide la FALSA. Las alucinaciones visuales no sirven para distinguir el TNC con cuerpos de Lewy (TNCCL) del TNC debido a la enfermedad de Parkinson, porque aparecen en los dos. Belloch recuerda que ambas entidades comparten **deterioro cognitivo progresivo**, **parkinsonismo**, **alucinaciones visuales** y **fluctuaciones de la atención y la alerta**, hasta el punto de que algunos autores las consideran un solo espectro. El rasgo distintivo es la **cronología**: el DSM-5-TR explica que la distinción se basa en el orden en que aparecen los síntomas cognitivos y los motores. Para atribuir la demencia a la enfermedad de Parkinson, esta debe llevar diagnosticada **al menos 1 año** antes de que el declive cognitivo alcance el nivel de TNC mayor; en el TNCCL, los síntomas cognitivos pueden empezar antes del parkinsonismo, a la vez que él o sin él.

1. Es la falsa. Las alucinaciones visuales son comunes a las dos entidades, así que no permiten el diagnóstico diferencial; lo que lo permite es la secuencia temporal entre el declive cognitivo y los síntomas motores.
2. Es verdadera. El DSM-5-TR dice que estas personas están más afectadas funcionalmente de lo esperable por sus déficits cognitivos, en comparación con otros trastornos neurodegenerativos como el Alzheimer, sobre todo por la disfunción motora y autonómica.
3. Es verdadera y casi literal de Belloch: frente a la demencia tipo Alzheimer, la sintomatología es más fluctuante, con cambios en el nivel de alerta y desorientación que pueden variar a lo largo del día.
4. Es verdadera. Puede haber agregación familiar y se han identificado genes de riesgo, pero en la mayoría de los casos no hay antecedentes familiares.

Trampa. Las tres opciones verdaderas son frases casi literales del DSM-5-TR y de Belloch. La falsa toma un síntoma real del cuadro y le atribuye una función diagnóstica que no tiene.

Para fijarlo. En los cuerpos de Lewy la cabeza falla antes o a la vez que el cuerpo; en el Parkinson, el cuerpo lleva al menos un año de ventaja.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 618-620. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 532.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 54, PIR 2021 · n.º 88, PIR 2022 · n.º 55, PIR 2023 · n.º 57

137

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

En relación con las intervenciones psicológicas para el trastorno de somatización en atención primaria (AP):

1. Los programas de formación a médicos de AP para mejorar la detección del trastorno e incorporar técnicas cognitivo-conductuales han mostrado mejoría en la calidad de vida de la persona.
2. La terapia cognitivo-conductual (TCC) individual aplicada por especialistas en AP fue superior al tratamiento habitual y a la TCC grupal en la reducción de síntomas somáticos. ✓
3. La evidencia disponible sobre los programas de formación a médicos de AP mostró resultados consistentes en la reducción de las visitas médicas de estos pacientes.
4. Los ensayos clínicos con TCC en AP presentan limitaciones metodológicas que no permiten establecer su eficacia.

En atención primaria, la TCC individual supera al tratamiento habitual y a la TCC grupal

Fonseca distingue dos líneas de trabajo con la somatización en atención primaria: las **intervenciones sobre los médicos** y los **ensayos clínicos con TCC**. La clave sale del ensayo multicéntrico de **Moreno et al. (2013)**, con 178 personas con trastorno de somatización, todas procedentes de consultas de atención primaria, asignadas al azar a tratamiento habitual, **TCC individual** o **TCC grupal**. La TCC individual produjo una mejoría de los síntomas somáticos más importante que la terapia grupal y que el tratamiento habitual.

1. Es al contrario. Ninguno de los programas de formación a médicos de atención primaria encontró asociación entre la formación recibida y la mejora de los síntomas somáticos, el funcionamiento o la calidad de vida.
2. Es el resultado de Moreno et al. (2013) que recoge el manual.
3. Los resultados no son consistentes: solo Rief et al. (2006) encontraron una reducción de las visitas al médico en los 6 meses posteriores a la formación.
4. Varios ensayos controlados aleatorizados en atención primaria muestran que las quejas somáticas bajan más con TCC que con la atención habitual, y la tabla 15.3 del manual le asigna a la TCC un nivel de evidencia 1- con grado de recomendación B; a las intervenciones en atención primaria, un 2+ con grado C.

Ojo. En la misma página, el metaanálisis de Liu et al. (2019) concluye que el tratamiento grupal es más efectivo para los síntomas somáticos y el individual para los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión. La clave se sostiene porque la opción 2 recoge el resultado del ensayo de Moreno et al. (2013), pero el manual da conclusiones distintas según el estudio.

Trampa. Las opciones 1 y 3 hablan de la formación a médicos y la presentan como eficaz. El manual dice que no mejoró síntomas ni calidad de vida, y que la reducción de visitas apareció en un solo estudio.

REFERENCIA OFICIAL

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, págs. 465-467.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

138 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

Sobre las barreras para la detección y tratamiento de la depresión en el periodo perinatal, señale la opción INCORRECTA:

1. La ausencia de evaluaciones estandarizadas en atención primaria (AP) dificulta la detección precoz.
2. El acceso limitado a especialistas en salud mental es una de las principales barreras para recibir tratamiento adecuado.
3. El estigma asociado a los problemas de salud mental en el período perinatal constituye un obstáculo importante para buscar ayuda.
4. La falta de acceso a intervenciones psicológicas especializadas conduce a una mayor preferencia por el tratamiento farmacológico. ✓

Las mujeres en el periodo perinatal prefieren el tratamiento psicológico

Se pide la INCORRECTA. Fonseca enumera las **barreras** que explican que la mayoría de las mujeres con depresión perinatal no reciban tratamiento psicológico (Bina, 2020): la **falta de evaluaciones estandarizadas** o no contempladas en atención primaria, el **estigma** de las patologías mentales y el **acceso limitado a especialistas** en salud mental. En ningún momento dice que esas barreras empujen hacia los fármacos. Al contrario, los estudios muestran que la mayoría de las mujeres en este periodo **prefieren las intervenciones psicológicas**, porque la aceptación de la medicación antidepresiva es baja por sus posibles repercusiones en el desarrollo del feto.

1. Es verdadera. La falta de evaluaciones estandarizadas en atención primaria es la primera barrera que cita el manual.
2. Es verdadera. El acceso limitado a especialistas en salud mental figura en la misma lista.
3. Es verdadera. El estigma de las patologías mentales es otra de las barreras.
4. Es la falsa. El manual no relaciona las barreras con una preferencia por los fármacos; describe la preferencia contraria, por el tratamiento psicológico, porque en esta etapa la aceptación de los antidepresivos es baja por sus posibles repercusiones en el feto.

> **Para fijarlo.** Evaluación, estigma y especialistas: tres barreras para llegar a la terapia que las madres sí prefieren.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 21, pág. 613.

EN EL ATLAS: Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Fonseca Adultos no es fuente de este tema.

139

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

Un varón de 38 años consulta en atención primaria (AP) por presentar, durante el último mes, ánimo deprimido, insomnio, fatiga, dificultad para concentrarse y pérdida de interés en las actividades habituales. Refiere buena red de apoyo social y mantiene la actividad laboral, aunque con dificultad. Explica que hace unos meses finalizó un periodo de elevada presión laboral. Niega antecedentes psicopatológicos previos. ¿Cuál sería la orientación diagnóstica, según el DSM-5-TR, y la intervención de primera línea, según la guía NICE (2022)?:

1. Trastorno adaptativo con ánimo depresivo; ofrecer apoyo psicoeducativo y seguimiento de la evolución por AP.
2. Episodio depresivo mayor leve o moderado; iniciar tratamiento farmacológico por parte de AP, a la espera de derivación a salud mental especializada.
3. Episodio depresivo mayor leve o moderado; ofrecer un tratamiento psicológico breve por parte de psicología clínica en AP. ✓
4. Episodio depresivo mayor moderado o grave; derivar a salud mental especializada, recomendando un tratamiento combinado con fármacos antidepresivos y una intervención psicológica.

En el episodio depresivo leve o moderado, lo primero es un tratamiento psicológico breve

El paciente reúne cinco síntomas durante un mes (ánimo deprimido, pérdida de interés, insomnio, fatiga y dificultad para concentrarse), así que cumple el criterio A del **episodio de depresión mayor**, que pide cinco o más síntomas durante 2 semanas, al menos uno de ellos ánimo deprimido o pérdida de interés. El DSM gradúa la gravedad por el número de síntomas, su intensidad y el deterioro funcional. Como mantiene su trabajo con dificultad y tiene buen apoyo, la gravedad es **leve o moderada**. Para el **tratamiento**, Fonseca resume la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (actualizada en 2014), que recomienda en la depresión **leve-moderada** un **tratamiento psicológico breve** (TCC breve o terapia de solución de problemas). La guía de atención primaria del mismo capítulo, tributaria de la NICE, propone activación conductual, solución de problemas o TCC por ordenador.

1. Si se cumplen los criterios de otro trastorno mental, no se diagnostica un trastorno de adaptación. El DSM-5 de 2014 lo dice expresamente en el diagnóstico diferencial: si los síntomas cumplen los criterios de un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor de estrés, el trastorno de adaptación no es aplicable. Aquí se cumplen los del episodio depresivo mayor.
2. El diagnóstico es correcto, pero ninguna de las guías que resume el manual propone el fármaco como primera línea en la depresión leve o moderada. La medicación entra en la depresión moderada con deterioro funcional moderado o grave, combinada con una intervención psicológica de alta intensidad.
3. Es la recomendación para la depresión leve-moderada, un tratamiento psicológico breve.
4. Sobreestima la gravedad. El paciente mantiene su actividad laboral, y el tratamiento combinado se reserva para la depresión moderada con deterioro funcional importante o para la crónica, resistente o recurrente.

Ojo. La Guía de práctica clínica del Ministerio (avalia-t, 2014) y la NICE (2022) del enunciado no están en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con el resumen de las guías que hace Fonseca, que se apoya en la NICE de 2009.

Para fijarlo. La depresión leve-moderada empieza por una terapia breve; el fármaco con terapia queda para la moderada con mucho deterioro, la crónica o la recurrente.

REFERENCIA OFICIAL

American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 160-161, 188 y 287-288. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / avalia-t. Págs. 65-67. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, pág. 309.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base). DSM-5-TR es Base del tema B15 · Trastornos depresivos.

140

PATRONES CLÍNICOS

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Según el modelo de incertidumbre de Dugas et al. (2007), las personas con un trastorno de ansiedad generalizada:

1. Tienden a realizar respuestas de evitación conductual.
2. Tienden a realizar respuestas de evitación cognitiva. ✓
3. Tienden igualmente a la evitación cognitiva como conductual.
4. Tienden a generar imágenes negativas catastróficas.

En el TAG la evitación es cognitiva, porque lo temido no está presente

El modelo de Dugas tiene cuatro componentes: **intolerancia a la incertidumbre**, **creencias positivas sobre la preocupación**, **orientación negativa hacia el problema** y **evitación cognitiva**. Penadés explica por qué la evitación es cognitiva. Lo que teme la persona con TAG son amenazas futuras de baja probabilidad, y no una situación, sensación u objeto presentes. Ante algo que no está, la **evitación conductual no tiene sentido**, mientras que la **evitación cognitiva** es muy frecuente porque es viable; por ejemplo, evitar leer el periódico o ver las noticias. Belloch añade que la preocupación y la ansiedad motivan el uso de estrategias cognitivas de evitación como la supresión del pensamiento, la distracción o la sustitución del pensamiento.

1. El manual dice que la evitación conductual no tiene sentido cuando lo temido es una amenaza futura.
2. Es el cuarto componente del modelo de Dugas.
3. No se reparten por igual, porque en el TAG predomina la evitación cognitiva.
4. Es al revés. La preocupación es un fenómeno sobre todo verbal que sirve para evitar las imágenes del hecho temido. Las imágenes negativas catastrofistas aparecen en el modelo de Borkovec como aquello que la preocupación reduce.

COMPONENTES DEL MODELO DE INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE (DUGAS)

Componente	Qué es
Intolerancia a la incertidumbre	Predisposición a reaccionar negativamente ante las situaciones ambiguas; elemento causal activador
Creencias positivas sobre la preocupación	Creer que la preocupación ayudará a afrontar los sucesos temidos o a prevenir que ocurran
Orientación negativa hacia el problema	Falta de confianza para resolver problemas, percepción de los problemas como amenazas, pesimismo
Evitación cognitiva	Supresión del pensamiento, distracción, sustitución del pensamiento

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 2, págs. 59-60

Ojo. Penadés matiza en la presentación del trastorno (pág. 232) que en el TAG también puede observarse cierta evitación conductual de situaciones potencialmente peligrosas. Según el modelo de Dugas, la evitación característica sigue siendo la cognitiva.

Para fijarlo. No se puede huir de lo que todavía no ha pasado: en el TAG se huye con la cabeza.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 241. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 59.

EN EL ATLAS

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 204, PIR 2023 · n.º 127, PIR 2025 · n.º 141, PIR 2025 · n.º 142

141

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿A qué terapia pertenece la técnica para el tratamiento de la ansiedad generalizada en la que se propone a la persona identificar su fuente de preocupación y después, sin suprimir el desencadenante, posponer todo lo posible el proceso de preocupación?:

1. El programa de reducción del estrés basado en mindfulness.
2. La terapia metacognitiva de Wells et al. (1996). ✓
3. La terapia de aceptación y compromiso.
4. La terapia de exposición y prevención de respuesta.

Posponer la preocupación sin suprimir el desencadenante es un ejercicio de la terapia metacognitiva

El ejercicio pertenece a la **terapia metacognitiva de Wells**. Su primer objetivo en el TAG es modificar las **metacogniciones de incontrolabilidad** de la preocupación, y para eso se introduce el **experimento de posponer la preocupación**: en casa, el paciente identifica un desencadenante y, **sin suprimirlo**, aplaza la preocupación de tipo 1 hasta un momento posterior del día, mejor al final, durante unos **15 minutos**. Penadés insiste en distinguir posponer de suprimir: no se pide eliminar de la conciencia el contenido intrusivo, solo interrumpir la preocupación que se ha generado. La persistencia o el abandono de la creencia de incontrolabilidad indica hasta qué punto el ejercicio está siendo efectivo.

1. Fonseca incluye las terapias basadas en mindfulness entre las contextuales, que no se centran en eliminar síntomas cognitivos sino en construir repertorios de conducta amplios y flexibles. El aplazamiento de la preocupación no se describe entre sus técnicas.
2. Es el experimento de posponer la preocupación, propio de la terapia metacognitiva.
3. La ACT es también una terapia contextual. Cuestionar la creencia de que la preocupación es incontrolable es el primer objetivo de la terapia metacognitiva, según Penadés.
4. En la exposición la persona entra en contacto con el estímulo temido y se mantiene en él hasta que la ansiedad se reduce, que es casi lo contrario de aplazar.

Ojo. El Ministerio cita «Fonseca 2020», que corresponde al manual de adultos de Pirámide fechado en 2021. Allí la terapia metacognitiva aparece en la pág. 376 como extensión de la TCC o terapia de tercera generación, con resultados a favor frente a la TCC tradicional en el TAG (Nordahl et al., 2018).

Para fijarlo. Wells manda la preocupación al final del día, y así el paciente comprueba que puede controlarla.

REFERENCIA OFICIAL: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 251. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 11, pág. 376.

EN EL ATLAS: Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 205, PIR 2019 · n.º 63, PIR 2022 · n.º 174, PIR 2022 · n.º 203, PIR 2023 · n.º 123, PIR 2025 · n.º 140, PIR 2025 · n.º 142

142

PATRONES CLÍNICOS

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

Señala la característica diferencial del trastorno de ansiedad generalizada respecto al resto de trastornos de ansiedad:

1. Síntomas excesivos y recurrentes que se producen en respuesta a múltiples situaciones en donde podría no haber ayuda disponible.
2. Síntomas excesivos e inesperados que no se limitan a estímulos o situaciones particulares.
3. Síntomas que se centran en múltiples eventos cotidianos percibidos como difíciles de controlar. ✓
4. Síntomas físicos y cognitivos como palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, y la sensación de falta de control.

El TAG se define por una preocupación excesiva, sobre muchos temas cotidianos y difícil de controlar

Fonseca define el **trastorno de ansiedad generalizada** por síntomas marcados de ansiedad durante al menos varios meses, en forma de «ansiedad flotante» o de **preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos** (familia, salud, finanzas, escuela o trabajo) que el paciente **percibe como difíciles de controlar**, junto con tensión muscular, inquietud, nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad o alteraciones del sueño. Penadés explica que la especificidad del TAG está menos en el «qué» que en el «cómo»: solo estos pacientes se preocupan por un amplio número de temas, de forma desmedida y percibiendo la preocupación como incontrolable.

1. Describe la agorafobia: miedo en múltiples situaciones en las que escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible.
2. Describe el trastorno de pánico: ataques inesperados y recurrentes que no se limitan a estímulos o situaciones particulares.
3. Es la definición del TAG que da el manual.
4. Son los síntomas de un ataque de pánico (palpitaciones, sudoración, temblores, falta de aliento). No distinguen el TAG de los demás trastornos de ansiedad.

LO CARACTERÍSTICO DE CADA TRASTORNO DE ANSIEDAD SEGÚN FONSECA

Trastorno	Rasgo que lo define
Ansiedad generalizada	Preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos que el paciente percibe como difíciles de controlar
Pánico	Ataques de pánico inesperados y recurrentes que no se limitan a estímulos o situaciones particulares
Agorafobia	Miedo o ansiedad en respuesta a múltiples situaciones en donde escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible
Fobia específica	Ansiedad o miedo al exponerse a uno o varios objetos o situaciones específicas, fuera de proporción en relación con el peligro real
Ansiedad social	Temor o ansiedad en una o varias situaciones sociales; se preocupa por actuar de una manera, o mostrar síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 11, págs. 370-371

Trampa. Cada distractor es la definición literal de otro trastorno de ansiedad del mismo apartado del manual, en este orden agorafobia, pánico y ataque de pánico.

Para fijarlo. En el TAG importa cómo se preocupa la persona, que lo hace por todo, demasiado y sin poder parar.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 232. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de

tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 11, pág. 370.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Fonseca Adultos no es fuente de este tema. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 140, PIR 2025 · n.º 141, PIR 2025 · n.º 175

143

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

La técnica de intervención denominada enraizamiento (grounding) se utiliza principalmente en el tratamiento de:

1. Los trastornos disociativos. ✓
2. Los trastornos psicóticos.
3. El trastorno de ansiedad social.
4. El trastorno límite de personalidad.

El enraizamiento es un recurso de estabilización en los trastornos disociativos

Penadés lo sitúa en la fase de **estabilización** del tratamiento de los trastornos disociativos, junto con la relajación, la respiración controlada y el mindfulness. Las técnicas de **grounding** consisten en establecer contacto con el **mundo externo y el momento presente a través de los sentidos**, usando la conciencia sensorial y cognitiva, para que el paciente se distancie del malestar emocional. Belloch lo recoge en el mismo lugar: en la primera fase del tratamiento, centrada en la regulación emocional y la planificación de las crisis, se usan respiración, relajación, mindfulness y grounding, siguiendo las guías de la ISSTD.

1. Es la técnica de regulación que los dos manuales describen en la fase de estabilización de los trastornos disociativos.
2. Los manuales citados no presentan el enraizamiento como técnica propia del tratamiento de los trastornos psicóticos.
3. Tampoco lo presentan como técnica del tratamiento de la ansiedad social.
4. Los manuales citados lo describen dentro del tratamiento de los trastornos disociativos, no del trastorno límite de la personalidad.

CUADRO 15.4 DE PENADÉS: TÉCNICAS DE ENRAIZAMIENTO (GROUNDING)

Tipo	Objetivo	Preguntas tipo o estrategias
Conciencia cognitiva	Orientación en espacio y tiempo	¿Dónde estoy? ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes y año estamos? ¿Qué edad tengo? ¿Qué estación es?
Conciencia sensorial	Uso de los sentidos para anclarse en el momento presente	Táctiles: tocar un objeto próximo como la silla donde estamos sentados. Olfativos: oler un perfume, café... Gustativos: comer un caramelo o algún alimento lentamente. Visuales: mirar un objeto que esté cercano. Auditivo: escuchar una canción, algún ruido cercano

Fuente: Penadés et al. (2024), cap. 15, cuadro 15.4, pág. 363

Para fijarlo. Grounding es «tomar tierra»: volver al aquí y ahora por los sentidos cuando la mente se desconecta.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 363. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 274.

EN EL ATLAS

Tema C16 · Tratamientos de los trastornos disociativos. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 122, PIR 2024 · n.º 210, PIR 2025 · n.º 144, PIR 2025 · n.º 165

144

PATRONES CLÍNICOS

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 1

¿Cuáles son los 4 ejes del modelo BASK de Braun (1988)?:

1. Conducta, afecto, sensación somática y conocimiento. ✓
2. Conducta, afecto, memoria biográfica y conocimiento.
3. Conducta, afecto, memoria biográfica y significados.
4. Conducta, afecto, sensación somática y significados.

BASK: conducta, afecto, sensación somática y conocimiento

El nombre del modelo es un acrónimo inglés: **B**ehavior (conducta), **A**ffect (afecto), **S**ensation (sensación somática) y **K**nowledge (conocimiento). Según Braun (1988), el procesamiento correcto de la información exige que estos **cuatro ejes funcionen de forma sincrónica**, y la **disociación** se produce cuando uno de ellos se desconecta de los demás. Penadés lo presenta junto a otros modelos de la disociación ligados al trauma, como la teoría estructural de Van der Hart, el modelo autohipnótico de Dell y el SIBAM de Levine.

1. Son los cuatro ejes del acrónimo BASK.
2. La memoria biográfica no es un eje del modelo; el cuarto es el conocimiento.
3. Falla en dos ejes, porque ni la memoria biográfica ni los significados forman parte del BASK.
4. El significado pertenece al modelo SIBAM de Levine (sensación, imagen, comportamiento, afecto y significado), no al BASK.

Trampa. La opción 4 mezcla el BASK con el SIBAM de Levine, que el manual cita en la frase siguiente. Los dos modelos comparten conducta, afecto y sensación.

Para fijarlo. Lee el acrónimo en inglés: Behavior, Affect, Sensation, Knowledge.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 352. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 262.

EN EL ATLAS

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 143, PIR 2025 · n.º 165

145

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

Según el modelo de la Terapia interpersonal y de ritmo social (Klerman et al, 2007) para el trastorno bipolar, las recurrencias se producen por la interacción de tres factores de vulnerabilidad. El primero se refiere a las alteraciones en los ritmos sociales, ¿cuáles son los otros dos factores de vulnerabilidad?:

1. Eventos vitales estresantes y falta de adherencia al tratamiento farmacológico. ✓
2. Conflictos interpersonales y el abuso de alcohol u otras drogas.
3. Eventos vitales traumáticos (como la pérdida de un ser querido o problemas financieros) y falta de apoyo social o familiar.
4. El consumo de sustancias y el estrés intenso.

Tres vías de recurrencia: eventos estresantes, ritmos sociales y falta de adherencia

La **terapia interpersonal y de ritmo social** (IPSRT) parte de los factores de vulnerabilidad descritos por **Goodwin y Jamison (2007)**, según los cuales el curso del trastorno bipolar depende de la interacción entre factores biológicos y psicosociales. De ahí salen **tres vías de recurrencia**: los **eventos vitales estresantes**, las **alteraciones en los ritmos sociales** y la **falta de adherencia al tratamiento farmacológico**. La IPSRT intenta estabilizar las rutinas del paciente y mejorar sus relaciones y sus roles sociales teniendo en cuenta los tres factores.

1. Son los otros dos factores del modelo.
2. Los conflictos interpersonales son uno de los focos de trabajo de la terapia, pero no una de las tres vías de recurrencia, y el consumo de drogas no figura entre ellas.
3. El manual habla de eventos vitales estresantes, incluso positivos, no solo traumáticos; y la falta de apoyo social no es uno de los tres factores.
4. El consumo de sustancias no es uno de los tres factores, y falta la adherencia a la medicación.

LOS TRES FACTORES DE VULNERABILIDAD QUE ABORDA LA IPSRT

Factor	Cómo favorece la recurrencia
Eventos vitales estresantes	Incluso los potencialmente positivos pueden perturbar las rutinas diarias y afectar los ritmos biológicos, como los ciclos de sueño-vigilia y el apetito
Alteraciones de los ritmos sociales	Factores sociales como la hora de las comidas o los horarios laborales influyen en los ritmos sociales y circadianos; su desincronización puede conllevar episodios maníacos o depresivos
Falta de adherencia al tratamiento farmacológico	Tasas altas de incumplimiento terapéutico que aumentan el número de recaídas; en muchos casos, relacionado con una falta de conciencia de la enfermedad

Fuente: Penadés et al. (2024), cap. 18, págs. 449-450

Ojo. El enunciado atribuye el modelo a «Klerman et al., 2007». Penadés explica que la IPSRT la diseñó Ellen Frank combinando la terapia interpersonal de Klerman con las teorías del ritmo social, y que los tres factores proceden de Goodwin y Jamison (2007). Fonseca la atribuye a Frank et al. (1994).

Para fijarlo. Lo que pasa, el reloj que se desajusta y la pastilla que no se toma.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 18, pág. 449. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 10, pág. 343.

EN EL ATLAS

Tema C15 · Tratamientos de los trastornos bipolares. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 120, PIR 2018 · n.º 182, PIR 2021 · n.º 157, PIR 2022 · n.º 207

146

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

Según el metaanálisis de Turner et al. (2018), el entrenamiento en habilidades sociales aplicado a personas con trastornos psicóticos produce mejoras en:

1. Funcionamiento social y síntomas psicóticos.
2. Funcionamiento social y de la cognición social.
3. Síntomas positivos y psicopatología general.
4. Síntomas negativos y psicopatología general. ✓

Las habilidades sociales mejoran los síntomas negativos y la psicopatología general, pero no los positivos

Según el metaanálisis de **Turner et al. (2018)**, tal como lo recogen los dos manuales, el entrenamiento en habilidades sociales es superior al tratamiento habitual y a los controles activos en los **síntomas negativos** y en la **psicopatología general**. Fonseca da los tamaños del efecto: g = 0,3 frente al tratamiento habitual y g = 0,2-0,3 frente a controles activos en los síntomas negativos, y g = 0,4 en la psicopatología general. Penadés añade que en los síntomas negativos es algo más eficaz que la TCC y que **no aporta ningún beneficio en los síntomas positivos**.

1. Los síntomas psicóticos positivos son justo los que no mejoran.
2. Los manuales no recogen la cognición social entre los resultados del metaanálisis. Lo que Fonseca dice es que, entre los subtipos de entrenamiento, las aproximaciones cognitivo-sociales son las que obtienen mejores resultados.
3. Acierta con la psicopatología general, pero no hay beneficio en los síntomas positivos.
4. Son los dos resultados que el metaanálisis cuantifica.

Ojo. Penadés también dice que, tras la intervención, las personas con esquizofrenia muestran mayor competencia en el desempeño social. Por eso las opciones 1 y 2 aciertan a medias. La 4 es la única que no contiene ningún elemento falso.

Para fijarlo. Las habilidades sociales mueven lo negativo y lo general; lo positivo, no.

REFERENCIA OFICIAL

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 20, pág. 497. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 8, pág. 265.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 88

147

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

La CIE-11 reconoce dos adicciones comportamentales:

1. El trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos. ✓
2. La adicción a videojuegos y las compras compulsivas.
3. El trastorno de juego patológico y las compras compulsivas.
4. El trastorno por juego de apuestas y la adicción a las redes sociales.

La CIE-11 reconoce el juego de apuestas y los videojuegos

Penadés lo dice de forma directa: en su última edición, la **CIE-11 reconoce dos adicciones comportamentales**, el **trastorno de juego** y la **adicción a videojuegos** (*gaming disorder*). En la propia CIE-11 se llaman **trastorno por juego de apuestas** (6C50) y **trastorno por uso de videojuegos** (6C51), los nombres de la opción 1. La CIE-11 es además la primera clasificación internacional que reconoce los videojuegos como entidad independiente. Otras conductas, como la compra compulsiva, siguen en debate y no están reconocidas como entidad propia en los principales manuales diagnósticos.

1. Son las dos que reconoce la CIE-11, y con sus nombres en esa clasificación: trastorno por juego de apuestas (6C50) y trastorno por uso de videojuegos (6C51).
2. Acierta con los videojuegos, pero la compra compulsiva no está reconocida como entidad independiente: se discute si es una adicción, un trastorno del control de impulsos o del espectro obsesivo-compulsivo.
3. Juego patológico es el nombre antiguo del trastorno de juego, así que esa mitad sería correcta. Falla la compra compulsiva.
4. La adicción a las redes sociales no figura como trastorno en la CIE-11.

ADICCIONES SIN SUSTANCIA EN LAS DOS CLASIFICACIONES

	DSM-5-TR	CIE-11 (según Penadés)
Juego de apuestas	Trastorno por juego; solamente él cuenta con datos suficientes para incluirse entre los trastornos no relacionados con sustancias	Trastorno de juego, reconocido como adicción comportamental
Videojuegos	Trastorno de juego por internet, en la Sección III (afecciones que necesitan más estudio)	Adicción a videojuegos (gaming disorder), reconocida como entidad independiente
Compras, sexo, ejercicio	No se incluyen, porque no existen suficientes datos científicos	La compra compulsiva no está reconocida como entidad independiente en los principales manuales diagnósticos
Redes sociales	Su uso excesivo no se considera análogo al trastorno de juego por internet	-

Fuente: Penadés et al. (2024), cap. 25, pág. 603; DSM-5-TR, págs. 543, 662, 914 y 916

Ojo. La pregunta 148 del mismo examen es su pareja: en el DSM-5-TR el trastorno de juego es la única adicción comportamental reconocida.

Para fijarlo. El DSM-5-TR reconoce una adicción comportamental y deja la otra en estudio; la CIE-11 reconoce las dos.

REFERENCIA OFICIAL

Arias, F. y Orio, L. (2023). Guía clínica sobre las adicciones comportamentales basada en la evidencia. Socidrogalcohol. Pág. 17. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 25, pág. 603.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Penadés (Ampliación) y CIE-11 (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 151, PIR 2025 · n.º 152, PIR 2025 · n.º 207

148

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 3

El trastorno de juego (juego patológico o ludopatía):

1. Tiene una prevalencia que se sitúa entre el 4-6% en España.
2. Se caracteriza por un perfil de personalidad disfuncional con baja impulsividad y elevada autodirección.
3. Es la primera y única adicción comportamental formalmente reconocida en el DSM-5-TR. ✓
4. Debuta a menor edad en las mujeres que en los hombres, aunque su desarrollo suele ser más lento (efecto telescoping).

El trastorno por juego es la única adicción comportamental del DSM-5-TR

Penadés define el **trastorno de juego** como la **primera y única adicción comportamental formalmente reconocida** en el DSM-5, donde pasó de los trastornos del control de los impulsos a los **trastornos adictivos no relacionados con sustancias**. El propio DSM-5 lo dice en una nota que mantiene el DSM-5-TR: aunque algunas alteraciones comportamentales se parecen a los trastornos por sustancias, solo el juego patológico tiene suficiente evidencia para estar en esa sección. Los otros tres distractores toman datos reales del capítulo de Penadés y los cambian de signo.

1. El manual da una prevalencia a lo largo de la vida de entre el 1,1 y el 10,6 % en la población general, y del 1 al 4 % en Europa. Para España la estima entre el 1 y el 2 %.
2. El perfil de personalidad que describe el capítulo es el opuesto: elevada impulsividad y baja autodirección.
3. Es la definición con la que arranca el capítulo de Penadés, y la confirma la nota del DSM-5 que mantiene el DSM-5-TR.
4. En las mujeres el trastorno debuta a mayor edad, no a menor, y su desarrollo es más rápido, no más lento: eso es el efecto telescoping.

Trampa. Tres distractores son datos verdaderos del manual con un detalle invertido: la cifra, la impulsividad y la edad de inicio. Es un patrón frecuente en las preguntas de este capítulo.

Para fijarlo. Telescoping: ellas empiezan más tarde pero llegan antes al trastorno, como un catalejo que se cierra.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Panamericana. Pág. 585. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 25, págs. 603-604.

EN EL ATLAS: Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Penadés (Ampliación) y DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 90, PIR 2023 · n.º 149, PIR 2023 · n.º 150, PIR 2023 · n.º 202, PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 151, PIR 2025 · n.º 190, PIR 2025 · n.º 207

149

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 4

¿Qué es la falacia del jugador?:

1. Es un sesgo cognitivo de los jugadores en el que aparecen eventos que vienen fácilmente a la memoria, aunque eso no tenga nada que ver con su probabilidad de aparición real.
2. Consiste en pensar que se tiene alguna suerte de habilidad o estrategia que permite modificar la probabilidad de aparición de un evento y gracias a ello poder ganar la apuesta.
3. Es un error cognitivo en el que los jugadores piensan que su forma de ser o comportarse es mejor que la de los demás.
4. Es un sesgo cognitivo característico de los jugadores que consiste en no tener en cuenta la independencia entre sucesos aleatorios. ✓

La falacia del jugador ignora que los sucesos aleatorios son independientes

Belloch clasifica los sesgos del juego de apuestas en errores en el **control**, en la **predicción** y en la **interpretación**. La **falacia del jugador** es un error de predicción: el jugador piensa que un resultado tiene más probabilidad de salir **porque hace tiempo que no sale**. El manual lo define como un sesgo característico de los jugadores que consiste en **no tener en cuenta la independencia entre sucesos aleatorios**. Los otros tres distractores son definiciones literales de otros sesgos del mismo apartado.

1. Es el sesgo de familiaridad: eventos que vienen más fácilmente a la memoria, aunque eso nada tenga que ver con su probabilidad real.
2. Es la ilusión de control, un error en el control.
3. Es el sesgo de autocomplacencia, otro error en el control.
4. Es la definición del manual.

SESGOS DEL JUEGO DE APUESTAS SEGÚN BELLOCH

Tipo de error	Sesgo	En qué consiste
Control	Ilusión de control	Pensar que se tiene alguna suerte de habilidad o estrategia que permite modificar la probabilidad de la aparición de un evento
Control	Sesgo de autocomplacencia	Pensar que su forma de ser o comportarse es mejor que la de los demás
Predicción	Falacia del jugador	Pensar que ciertos eventos tienen más probabilidad de ocurrir porque hace tiempo que no acontecen; no tener en cuenta la independencia entre sucesos aleatorios
Predicción	Sesgo de representatividad	Pensar que ciertos eventos tienen más probabilidad de ocurrir porque poseen ciertas características físicas que hacen más probable su aparición
Predicción	Sesgo de familiaridad	Eventos que vienen más fácilmente a la memoria, aunque eso nada tenga que ver con su probabilidad de aparición real
Interpretación	Sesgo de tabulación	Recuerdo preferente de ganancias

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 16, pág. 527

Trampa. Las cuatro opciones son definiciones literales de la misma página; hay que saber a qué sesgo corresponde cada una.

Para fijarlo. La ruleta no tiene memoria: que el rojo lleve diez tiradas sin salir no lo hace más probable.

REFERENCIA OFICIAL Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 527.

EN EL ATLAS Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 7, PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 151

150

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

C. no presenta episodios maníacos, pero participa en juegos de apuestas que le provocan deterioro y malestar clínicamente significativo. En la entrevista se constata la presencia de 6 de los 9 criterios diagnósticos del trastorno por juego. Además, refiere síntomas continuos y el cumplimiento de los criterios durante varios años. Según el DSM-5-TR, ¿cuál sería el diagnóstico más adecuado?:

1. Juego patológico persistente moderado. ✓
2. Juego patológico episódico grave.
3. Juego patológico persistente grave.
4. Juego patológico episódico moderado.

Seis criterios con síntomas continuos durante años dan un trastorno por juego persistente y moderado

La pregunta se resuelve con dos especificadores del DSM-5-TR. Según el **curso**, el trastorno es **persistente** si la persona experimenta síntomas continuamente y cumple los criterios durante varios años, y **episódico** si los síntomas se apaciguan durante varios meses por lo menos entre periodos. La **gravedad** depende del número de criterios que se cumplen: **leve** con 4-5, **moderado** con 6-7 y **grave** con 8-9. C. cumple 6 criterios con síntomas continuos durante años, así que el diagnóstico es persistente y moderado.

1. Síntomas continuos durante años y 6 criterios corresponden a persistente y moderado.
2. Ni episódico, porque los síntomas no remiten entre periodos, ni grave, que exige 8-9 criterios.
3. El curso es correcto, pero 6 criterios corresponden a moderado.
4. La gravedad es correcta, pero el curso no es episódico.

TRASTORNO POR JUEGO: ESPECIFICADORES DEL DSM-5-TR

Especificador	Opciones
Curso	Episódico: cumple los criterios en más de una ocasión, si bien los síntomas se apaciguan durante varios meses por lo menos entre períodos · Persistente: experimenta síntomas continuamente, cumple los criterios durante varios años
Remisión	En remisión inicial: no ha cumplido ninguno durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 · En remisión continuada: no ha cumplido ninguno durante un período de 12 meses o más
Gravedad	Leve 4-5 criterios · Moderado 6-7 · Grave 8-9
Criterio A	Cuatro (o más) de los nueve criterios durante un período de 12 meses
Criterio B	Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco

Fuente: DSM-5-TR, págs. 661-662

Ojo. El enunciado pide el DSM-5-TR, pero las opciones usan el nombre del DSM-5 de 2014, «juego patológico», que el DSM-5-TR cambia por «trastorno por juego». Los especificadores de curso y de gravedad son los mismos en las dos ediciones (DSM-5, págs. 585-586; DSM-5-TR, pág. 661).

Para fijarlo. La gravedad va de dos en dos desde el cuatro: 4-5, 6-7, 8-9.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Panamericana. Págs. 585-586. American Psychiatric Association (2024). DSM-5-TR. Panamericana. Pág. 661.

EN EL ATLAS: Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 151, PIR 2025 · n.º 207

151

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 2

Si en un informe clínico aparece el diagnóstico de juego patológico grave en remisión inicial, según el DSM-5-TR significa que no ha cumplido ninguno de los criterios de juego patológico:

1. Durante un mínimo de 6 meses, pero sin llegar a 12 meses.
2. Durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses. ✓
3. Durante un período de 12 meses o más.
4. Durante un período de 24 meses o más.

La remisión inicial exige entre 3 y 12 meses sin criterios

El DSM-5-TR define dos especificadores de remisión para el **trastorno por juego**. **En remisión inicial**: tras haber cumplido todos los criterios, la persona no ha cumplido ninguno durante **un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12**. **En remisión continuada**: no ha cumplido ninguno durante **12 meses o más**. La gravedad del enunciado no cambia nada, porque es otro especificador que depende del número de criterios (leve 4-5, moderado 6-7, grave 8-9).

1. El mínimo de la remisión inicial son 3 meses, no 6.
2. Es la definición literal de la remisión inicial.
3. Doce meses o más es la remisión continuada.
4. El DSM-5-TR no establece ningún especificador de 24 meses para el trastorno por juego.

Ojo. El enunciado usa el nombre del DSM-5 de 2014, «juego patológico», aunque pida el DSM-5-TR, que lo llama «trastorno por juego». La definición de la remisión inicial es la misma en las dos ediciones (DSM-5, pág. 586; DSM-5-TR, pág. 661).

Trampa. «Grave» está en el enunciado para despistar, porque la gravedad y la remisión son especificadores independientes.

Para fijarlo. Remisión inicial de 3 a 12 meses; continuada a partir de 12.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Panamericana. Pág. 586.

EN EL ATLAS — Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 149, PIR 2025 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 207

152

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales

Respuesta correcta: 1

En comparación con la población general, las personas con compra compulsiva presentan:

1. Mayores niveles de impulsividad emocional (urgencia positiva y negativa) y cognitiva (falta de perseverancia y de premeditación). ✓
2. Menores niveles de impulsividad emocional (urgencia negativa) y cognitiva (falta de perseverancia y de premeditación).
3. Mayores niveles de funcionamiento ejecutivo y atención selectiva.
4. Mayores niveles de impulsividad emocional (urgencia positiva y negativa) y no presentan diferencias en la impulsividad cognitiva (perseverancia y premeditación).

En la compra compulsiva está alta la impulsividad emocional y también la cognitiva

Penadés asocia la **compra compulsiva** con procesos neuropsicológicos de **impulsividad y compulsividad**, y afirma que estas personas tienen, frente a la población general, **mayores niveles de impulsividad emocional** (**urgencia positiva y negativa**) **y cognitiva** (**falta de perseverancia y de premeditación**). Añade que su neurobiología se parecería a la de las adicciones comportamentales como el trastorno de juego, y que en neuroimagen hay diferencias significativas con los controles sanos en variables como la toma de decisiones.

1. Es la frase del manual: más impulsividad emocional y cognitiva que la población general.
2. Invierte la dirección: los niveles son mayores, no menores.
3. El manual no habla de un mejor funcionamiento ejecutivo. Lo que describe son diferencias en la toma de decisiones respecto a controles sanos dentro de una posible disfunción de los circuitos de recompensa.
4. Acierta con la impulsividad emocional, pero la cognitiva también está elevada.

Ojo. La primera referencia oficial, Arias y Orio (2023), Guía clínica sobre las adicciones comportamentales basada en la evidencia (Socidrogalcohol), no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Penadés.

Para fijarlo. En la compra compulsiva sube todo: las dos urgencias y las dos faltas, de perseverancia y de premeditación.

REFERENCIA OFICIAL: Arias, F. y Orio, L. (2023). Guía clínica sobre las adicciones comportamentales basada en la evidencia. Socidrogalcohol. Pág. 223. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 25, pág. 606.

EN EL ATLAS: Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 147

153 PATRONES CLÍNICOS

B10 · Ansiedad: enfoque transdiagnóstico

Respuesta correcta: 3

¿Qué tipos de vulnerabilidades incluye el modelo de Barlow (2000)?:

1 Vulnerabilidad genética, vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad psicológica.

2 Vulnerabilidad biológica general, vulnerabilidad biológica específica y vulnerabilidad psicológica.

3 Vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica general y vulnerabilidad psicológica específica. ✓

4 Vulnerabilidad social, vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad psicológica.

Una vulnerabilidad biológica y dos psicológicas, la general y la específica

La **teoría de la triple vulnerabilidad** de Barlow explica la ansiedad por la interacción de tres factores. Penadés los describe dos veces. En el capítulo del pánico distingue una **vulnerabilidad biológica** (rasgos temperamentales y genéticos que hacen más o menos propenso a reaccionar con miedo), una **vulnerabilidad psicológica general** (tendencia al afecto negativo y menor percepción de control, con raíz en experiencias tempranas) y una **vulnerabilidad psicológica específica** (aprendizajes que asocian ciertas sensaciones corporales con amenaza y peligro). En el capítulo del protocolo unificado, el modelo se extiende a todos los trastornos emocionales. La biológica es generalizada (neuroticismo y extraversión), la psicológica generalizada procede de ambientes tempranos estresantes e impredecibles, y la psicológica específica depende de los estresores relevantes y del aprendizaje, que deciden qué trastorno concreto aparece.

1 La genética forma parte de la vulnerabilidad biológica y no constituye una vulnerabilidad aparte; además, falta distinguir la psicológica general de la específica.

2 Invierte el reparto, porque la vulnerabilidad que se divide en general y específica es la psicológica, no la biológica.

3 Son las tres vulnerabilidades del modelo.

4 El modelo no incluye una vulnerabilidad social como tercer factor.

LAS TRES VULNERABILIDADES DE BARLOW EN EL TRASTORNO DE PÁNICO

Vulnerabilidad	En qué consiste
Biológica	Rasgos temperamentales y genéticos que determinan la mayor o menor tendencia a experimentar reacciones de miedo o ansiedad; mayor sensibilidad del sistema nervioso autónomo
Psicológica general	Tendencia a experimentar estados afectivos negativos, relacionada con una disminución en la percepción de control que tiene su raíz en experiencias evolutivas tempranas
Psicológica específica	Experiencias de aprendizajes focalizadas en sensaciones corporales que llegan a asociarse con un marcado sentido de amenaza y peligro

Fuente: Penadés et al. (2024), cap. 9, pág. 177

Ojo. La segunda referencia oficial, Barlow (2018), Manual clínico de tratamientos psicológicos (Manual Moderno), no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Penadés, que expone el modelo en el capítulo del pánico (pág. 177) y en el del protocolo unificado (cap. 31, págs. 739-740).

Para fijarlo. Uno de biología y dos de psicología; la general te hace ansioso y la específica decide de qué.

REFERENCIA OFICIAL: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 177. Barlow, D. H. (2018). Manual clínico de tratamientos psicológicos (original de 2014). Manual Moderno. Págs. 30 y 435.

EN EL ATLAS: Tema B10 · Ansiedad: enfoque transdiagnóstico. Penadés no es fuente de este tema. Penadés es Ampliación del tema C3 · Tratamientos transdiagnósticos.

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 129

154

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

Según Bieling et al. (2006), ¿cuál sería un criterio relevante para incluir a personas con trastorno de pánico (TP) y/o agorafobia en un grupo de tratamiento de base cognitivo conductual?:

1. Que la persona realice atribuciones orgánicas de sus síntomas.
2. Que presente un cuadro de agorafobia muy grave.
3. Que, aunque no cumpla todos los criterios diagnósticos de TP y/o agorafobia, presente ataques de pánico de forma recurrente.
4. Que no existan otros trastornos comórbidos que requieran un tratamiento previo (p. ej., abuso de sustancias o depresión). ✓

Para entrar en el grupo, el pánico o la agorafobia tiene que ser el diagnóstico principal

Penadés resume en el **cuadro 9.4** las variables que Bieling et al. (2006) proponen tener en cuenta antes de incluir a alguien en un tratamiento grupal: **confirmar el diagnóstico** de pánico o agorafobia, asegurarse de que es el **diagnóstico principal** y de que **no hay otros diagnósticos que exijan tratamientos previos** (por ejemplo, abuso de sustancias o depresión), valorar la **motivación** para una TCC y comprobar unas **habilidades básicas** para adaptarse a las normas del grupo y colaborar con los demás.

1. Es al contrario. La atribución de los síntomas a enfermedades orgánicas puede dificultar especialmente el tratamiento grupal.
2. Los cuadros muy graves de agorafobia pueden necesitar intervenciones más prolongadas y se adaptan peor a los grupos estándar.
3. El cuadro pide confirmar el diagnóstico de pánico o agorafobia; tener ataques recurrentes sin cumplir los criterios no basta.
4. Es uno de los criterios del cuadro 9.4: que el pánico o la agorafobia sea el diagnóstico principal y no haya otros que requieran tratamiento previo.

Trampa. Las opciones 1 y 2 aparecen en el cuadro, pero como motivos para no incluir a la persona en el grupo.

Para fijarlo. Al grupo se llega con el diagnóstico confirmado, como problema principal, motivado y sin otro trastorno que pase delante.

REFERENCIA OFICIAL: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 185.

EN EL ATLAS: Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 155

155 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

La respiración lenta o diafragmática es un componente utilizado con frecuencia en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de pánico. Indique la afirmación correcta:

1. Es un componente necesario del tratamiento, ya que en todas las crisis en contexto natural se produce hiperventilación e hipocapnia.
2. Conviene prevenir su uso como conducta de evitación: no se trata de eliminar la ansiedad, sino de regularla para no sentirse desbordado. ✓
3. Ha mostrado mejorar sistemáticamente los resultados del tratamiento de exposición cuando se aplican conjuntamente ambos componentes.
4. Requiere una evaluación y entrenamiento individualizado, por lo que se desaconseja su uso en tratamientos grupales.

La respiración diafragmática es una habilidad de afrontamiento que no debe usarse para evitar la ansiedad

En el programa grupal de Penadés, el entrenamiento en **respiración diafragmática** se plantea como una **habilidad de afrontamiento** para disminuir la alta reactividad fisiológica y facilitar el uso de las estrategias cognitivas. El manual advierte que **conviene prevenir su uso como conducta de evitación**. El objetivo es **regular las sensaciones de ansiedad para mantenerse en la situación sin sentirse desbordado** y poder seguir con las técnicas cognitivas y, más adelante, con la exposición.

1. El manual dice que la respiración rápida y superficial produce hiperventilación en un considerable número de personas, no en todas las crisis. Por eso el módulo está especialmente indicado para quienes tienen crisis en las que la hiperventilación pesa mucho, aunque se incluya de forma sistemática por ser útil y fácil.
2. Es la advertencia del manual: la respiración sirve para regular la ansiedad y no debe usarse para huir de ella.
3. Penadés no dice que la respiración mejore de forma sistemática los resultados de la exposición. En la exposición interoceptiva solo propone usarla temporalmente si una sensación no se tolera, para volver cuanto antes a exponerse.
4. El propio programa del manual es grupal y entrena la respiración diafragmática en la segunda sesión.

Ojo. La segunda referencia oficial, Clark y Beck (2012), Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad (Desclée de Brouwer), no está en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Penadés.

Para fijarlo. Se respira para quedarse en la situación, no para salir de ella.

REFERENCIA OFICIAL Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 185 y 189. Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclée de Brouwer. Pág. 537.

EN EL ATLAS Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 42, PIR 2023 · n.º 125, PIR 2025 · n.º 154

156

PATRONES CLÍNICOS

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes es una respuesta de seguridad o estrategia de afrontamiento característica de una persona que sufre hipocondría para huir del estado ansioso?:

1. Evitar encontrarse con personas conocidas para que no se fijen en su aspecto.
2. Ducharse a oscuras para no detectar posibles signos o síntomas en el cuerpo. ✓
3. Dejar de buscar información médica en internet ante cualquier síntoma.
4. Lavarse muy frecuentemente las manos para no sentirse sucio.

Ducharse sin luz para no ver el cuerpo es una evitación típica de la hipocondría

Penadés explica que la ansiedad por la enfermedad activa **estrategias de afrontamiento** cuyo objetivo es **escapar de la amenaza** y reducir a corto plazo la sensación de peligro: buscar tranquilización en sanitarios y allegados, **examinar y vigilar el cuerpo**, **buscar información en Internet**, distraerse para no pensar en la enfermedad. También hay **evitaciones** de todo lo que pueda activar la preocupación. El ejemplo de la opción 2 sale casi tal cual de un caso del capítulo, en el que una paciente cuenta que le da miedo verse y mirarse el cuerpo, y que por la noche procura ducharse sin luz. Estas conductas alivian a corto plazo pero mantienen el problema, porque nunca pueden desconfirmar al 100 % la posibilidad de enfermar.

1. Evitar que otros se fijen en su aspecto responde a una preocupación por la imagen, no al miedo a padecer una enfermedad grave.
2. Es una evitación para no detectar signos en el cuerpo, como la de la paciente del manual que se duchaba sin luz.
3. Es lo contrario de una conducta de seguridad. Buscar información en Internet es una de ellas, y dejar de hacerlo es un objetivo del tratamiento.
4. Lavarse para no sentirse sucio responde a otro temor, el de la suciedad, y no figura entre las conductas que el capítulo describe en la hipocondría.

Trampa. La opción 3 parece una conducta de seguridad porque menciona Internet, pero describe dejar de buscar, que es justo lo que se pretende en terapia.

Para fijarlo. En la hipocondría se huye del propio cuerpo de dos formas: vigilándolo sin parar o no queriendo verlo.

REFERENCIA OFICIAL: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 16.

EN EL ATLAS: Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con Penadés (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 157, PIR 2025 · n.º 158

157

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 1

En relación con la eliminación de las conductas de seguridad en el tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Deben comenzar a eliminarse en la última fase del tratamiento, en caso contrario el riesgo de abandono es muy elevado. ✓
2. Debe contarse con la persona para seleccionar las conductas que se compromete eliminar, ya sea por el menor nivel de ansiedad y/o por el alto grado de interferencia que le ocasionan.
3. Debe comenzarse por conductas observables y de control voluntario, frente a conductas encubiertas o que implican a otros.
4. Además de la eliminación directa, puede utilizarse como estrategia realizar experimentos conductuales.

Las conductas de seguridad se eliminan lo antes posible, ya desde la fase psicoeducativa

Se pide la INCORRECTA. Penadés dice que la mayoría de los expertos coinciden en que las conductas de seguridad y de reaseguro **han de eliminarse lo antes posible**, empezando por las más accesibles y por las que el paciente se pueda comprometer a eliminar. En el formato grupal, los autores empiezan ya en la **última sesión psicoeducativa**, incluso antes de la reestructuración cognitiva, porque ver que otros miembros del grupo dejan de tomarse la temperatura o de palparse un bulto motiva al resto. Fonseca incluye esta eliminación en el **módulo 2**, junto con la reestructuración, con la misma consigna de empezar cuanto antes.

1. Es la falsa. El manual pide eliminarlas lo antes posible, y el grupo empieza a hacerlo ya en la fase psicoeducativa.
2. Es verdadera. Hay que contar con la motivación del paciente para elegir cuáles eliminar, por su menor nivel de ansiedad o por la interferencia que le generan.
3. Es verdadera y literal del manual: primero las conductas observables y de control voluntario, después las encubiertas o las que implican a otros.
4. Es verdadera. La eliminación puede plantearse como un experimento conductual, por ejemplo observando en días alternos el efecto de autoobservarse frente a no hacerlo.

Trampa. Lo que sí se deja para una fase avanzada es la exposición a las situaciones evitadas. La opción 1 traslada esa idea a las conductas de seguridad.

Para fijarlo. Reaseguro y chequeo, cuanto antes fuera, de uno en uno y empezando por lo que se ve.

REFERENCIA OFICIAL: Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 16, pág. 397. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, pág. 471.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 176, PIR 2025 · n.º 156, PIR 2025 · n.º 158

158 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 3

Respecto a la reestructuración cognitiva en el tratamiento de las personas con hipocondría:

1. La técnica de la doble columna no es un procedimiento aconsejado para el tratamiento de las cogniciones hipocondriacas.
2. Una vez que se ha establecido una buena relación terapéutica, se debe debatir directamente el contenido de la amenaza.
3. Se pretende que comprendan que no son los síntomas ni los pensamientos intrusivos sobre la posibilidad percibida de padecer una enfermedad lo que causa directamente el problema. ✓
4. Los experimentos conductuales deben plantearse una vez que las principales valoraciones disfuncionales han mejorado mediante el desafío verbal.

En la hipocondría, lo que causa el problema son las valoraciones disfuncionales de los síntomas

Penadés y Fonseca usan casi la misma frase: con la reestructuración se pretende que la persona **comprenda que no son los síntomas ni los pensamientos intrusivos** sobre la posibilidad de estar enferma **los que causan directamente el problema**. Lo que activa el «circuito de la ansiedad» son las **valoraciones disfuncionales** de esos pensamientos y síntomas, sobre todo la **intolerancia a la incertidumbre**, la **sobrestimación** y la **catastrofización**. Por eso el terapeuta debe evitar convencer directamente al paciente de que su temor es infundado.

1. Es al contrario. Warwick y Salkovskis consideran indispensable la técnica de la doble columna, y el manual le dedica un cuadro con los pasos para aplicarla.
2. El manual pide no entrar en debates directos sobre el contenido de la amenaza y trabajar las valoraciones disfuncionales que el paciente hace de ella, porque cualquier argumento puede rebatirse y el terapeuta se convertiría en otra fuente de reaseguro.
3. Es el objetivo de la reestructuración tal como lo formulan los dos manuales.
4. Los experimentos conductuales pueden plantearse desde el inicio mismo de esta fase del tratamiento o a lo largo de ella.

Para fijarlo. Con el paciente se discute cómo valora lo que siente, nunca si está enfermo.

REFERENCIA OFICIAL Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 16. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, pág. 471.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 156, PIR 2025 · n.º 157

159

PATRONES CLÍNICOS

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 1

Según el modelo alternativo del DSM-5-TR, los rasgos patológicos de personalidad se organizan en los siguientes grandes ámbitos:

1. Afecto negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. ✓
2. Identidad, Autodirección, Empatía e Intimidad
3. Manipulación, Insensibilidad, Engaño y Hostilidad
4. Inestabilidad Emocional, Psicoticismo, Impulsividad, Insensibilidad, Evitación

El modelo alternativo agrupa los rasgos patológicos en cinco dominios, del afecto negativo al psicoticismo

El modelo alternativo de la Sección III del DSM-5-TR exige dos valoraciones. El **criterio A** mide el **nivel de funcionamiento de la personalidad** con cuatro elementos (identidad y autodirección en el self; empatía e intimidad en lo interpersonal), y hace falta un deterioro al menos moderado. El **criterio B** recoge los rasgos patológicos, que se organizan en cinco grandes dominios: **afecto negativo**, **desapego**, **antagonismo**, **desinhibición** y **psicoticismo**. Estos dominios abarcan 25 facetas específicas.

1. Son los cinco dominios del criterio B.
2. Son los cuatro elementos del funcionamiento de la personalidad, es decir, del criterio A, no los dominios de rasgos.
3. Son facetas, no dominios. Manipulación, falsedad (engaño), insensibilidad y hostilidad pertenecen al antagonismo; la hostilidad figura también en el afecto negativo.
4. Mezcla un dominio (psicoticismo) con facetas de otros cuatro: inestabilidad emocional del afecto negativo, impulsividad de la desinhibición, insensibilidad del antagonismo y evitación del desapego.

TABLA 3 DEL DSM-5-TR: DOMINIOS DE RASGOS Y ALGUNAS DE SUS FACETAS

Dominio (polo opuesto)	Algunas facetas
Afecto negativo (frente a estabilidad emocional)	Inestabilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia
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
Psicoticismo (frente a lucidez)	Creencias y experiencias inusuales, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva

Fuente: DSM-5-TR, modelo alternativo para los trastornos de la personalidad, tabla 3, págs. 899-901

Trampa. Los distractores toman piezas reales del mismo modelo: los elementos del criterio A en la opción 2 y facetas sueltas en las opciones 3 y 4.

Para fijarlo. Criterio A, cómo funciona la persona (identidad, autodirección, empatía, intimidad); criterio B, qué rasgos tiene (cinco dominios y 25 facetas).

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 762.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 60, PIR 2022 · n.º 58, PIR 2024 · n.º 153, PIR 2025 · n.º 160, PIR 2025 · n.º 164

160

PATRONES CLÍNICOS

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

¿Qué característica puede distinguir al trastorno de personalidad límite del histriónico en un diagnóstico diferencial?

1 La búsqueda de atención /afecto.

2 Un patrón de emociones que cambian rápidamente.

3 Los arrebatos coléricos y la autodestructividad. ✓

4 La conducta manipuladora.

La autodestructividad y la ira en las relaciones íntimas separan la personalidad límite de la histriónica

El DSM-5-TR dedica un párrafo del diagnóstico diferencial del **trastorno de la personalidad límite** a cada trastorno con el que se confunde. Del trastorno de la personalidad **histriónica** dice que también puede caracterizarse por la búsqueda de atención, la conducta manipuladora y el cambio rápido de las emociones, pero que el límite se distingue por su **autodestructividad**, los **arrebatos coléricos en las relaciones íntimas** y los **sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad**. Estos rasgos corresponden a criterios del propio trastorno límite: el comportamiento suicida o de automutilación, la sensación crónica de vacío y el enfado inapropiado e intenso.

1. La búsqueda de atención la comparten los dos trastornos; es el núcleo del histriónico.
2. El cambio rápido de las emociones también aparece en el histriónico, cuyo criterio 3 habla de cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
3. Es lo que el DSM-5-TR señala como propio del límite frente al histriónico.
4. La conducta manipuladora es otro rasgo compartido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TP LÍMITE CON OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (DSM-5-TR)

Trastorno	Qué comparte con el límite	Qué es propio del límite
Histriónica	Búsqueda de atención, conducta manipuladora, cambio rápido de las emociones	Autodestructividad, arrebatos coléricos en las relaciones íntimas, sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad
Esquizotípica	Ideas o ilusiones paranoides	Son más transitorias, interpersonalmente reactivas y sensibles a la estructuración externa
Paranoide y narcisista	Airada reacción a estímulos de menor importancia	Autodestructividad física, impulsividad repetitiva y profundas preocupaciones por el abandono; en aquellos, relativa estabilidad de la propia imagen
Antisocial	Conducta manipuladora	El antisocial manipula para obtener beneficios, poder o gratificación material; el límite, para captar el interés de los cuidadores
Dependiente	Miedo al abandono	Reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias; el dependiente, con actitud conciliadora y sumisión

Fuente: DSM-5-TR, trastorno de la personalidad límite, diagnóstico diferencial, pág. 756

Trampa. Tres opciones son los rasgos que el manual da como comunes a los dos trastornos, citados en la misma frase que la respuesta.

Para fijarlo. Atención, manipulación y emociones cambiantes las comparten; la ira, el vacío y el daño a uno mismo son del límite.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Pág. 666.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 159, PIR 2025 · n.º 164

161

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Entre los componentes y objetivos de la Terapia Basada en la Mentalización para el Trastorno Límite (Bateman y Fonagy, 2004) la técnica "Párate, Escucha y Mira":

1. Se utiliza para preparar el final de la terapia, atendiendo a la sensación de pérdida.
2. Se utiliza en la fase inicial de la terapia, en formato individual, y tiene el objetivo de involucrar al paciente en el tratamiento.
3. Se realiza en formato individual o grupal durante la fase media, con el objetivo de fomentar la mentalización. ✓
4. Sirve para contrastar la percepción del paciente y el terapeuta sobre la relación, y se utiliza fundamentalmente en la fase final.

«Párate, escucha, mira» se usa en la fase media, individual o grupal, para fomentar la mentalización

La **terapia basada en la mentalización** (TBM) de Bateman y Fonagy entiende el trastorno límite como una alteración de la **mentalización**, la capacidad de comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Combina formato grupal e individual y organiza sus técnicas en dos grandes grupos: **«párate, escucha, mira»** y **«párate, rebobina, explora»**. La tabla 19.3 de Fonseca sitúa las dos en la **fase media** del tratamiento, de formato **individual y grupal**, cuyos objetivos son **fomentar la mentalización** y afianzar la relación terapéutica.

1. Preparar el final de la terapia atendiendo a la sensación de pérdida es un objetivo de la fase final, que se trabaja con la mentalización de la transferencia y la contratransferencia.
2. La fase inicial es individual y busca involucrar al paciente, determinar su capacidad de mentalización y formular el caso, pero sus técnicas son otras: análisis de relaciones y escucha activa.
3. Coincide con la tabla 19.3: fase media, formato individual y grupal, objetivo fomentar la mentalización.
4. El contraste con la percepción del terapeuta sobre la relación es otra técnica de la fase media, no de la final.

TABLA 19.3 DE FONSECA: COMPONENTES Y OBJETIVOS DE LA TBM APLICADA AL TP LÍMITE

Fase del tratamiento	Componente	Objetivo terapéutico	Técnicas habituales
Inicial	Individual	Involucrar en el tratamiento; determinar capacidad de mentalización; formulación del caso	Análisis de relaciones interpersonales y su dinámica; análisis del relato de situaciones sociales y emocionales; análisis de patrones de relaciones; escucha activa
Media	Individual y grupal	Fomentar la mentalización; afianzar relación terapéutica	Clarificación y desafío; reaseguración y empatía; «párate, escucha, mira»; «párate, rebobina, explora»; interpretación en términos causales de lo que refiere el cliente; contraste con percepción del terapeuta sobre la relación
Final	Individual	Preparar el final de la terapia atendiendo a sensación de pérdida; mantenimiento de logros	Mentalización de la transferencia y contratransferencia; análisis de los patrones actuales de relaciones

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), Adultos, cap. 19, tabla 19.3, pág. 558

Trampa. La opción 4 toma una técnica real de la fase media y la traslada a la final.

Para fijarlo. Al principio se engancha al paciente, en medio se mentaliza (párate, escucha, mira) y al final se despide.

REFERENCIA OFICIAL

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, pág. 558.

EN EL ATLAS Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 175, PIR 2022 · n.º 198, PIR 2022 · n.º 200, PIR 2023 · n.º 114, PIR 2023 · n.º 140

162 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de las siguientes organizaciones de significado personal NO fue incluida por V. Guidano en su modelo de psicoterapia cognitiva posracionalista?:

1 Fóbica.

2 Obsesiva

3 Narcisista. ✓

4 Depresiva.

Guidano describió cuatro organizaciones, y la narcisista no es una de ellas

Se pide la que NO incluyó. En la terapia **posracionalista** de Guidano, las **organizaciones de significado personal** (OSP) son integraciones de procesos psicoafectivos que se forman a lo largo del desarrollo y dan a la persona un sentido de estabilidad y continuidad. Los trastornos aparecen cuando el «Mí» que explica no reconoce al «Yo» que experimenta. Rodríguez Morejón recoge las **cuatro OSP problemáticas**: **depresiva**, **fóbica**, **obsesiva** y **dápica** (desórdenes alimenticios psicógenos). Rojí y Saúl dan la misma lista y añaden que cada organización toma el nombre de su modalidad neurótica, aunque tiene también una modalidad normal y otra psicótica. La narcisista no está entre ellas.

1. La fóbica es una de las cuatro, con autoconcepto positivo con percepción constante de peligro.
2. La obsesiva también, con visión ambivalente de uno mismo y búsqueda constante de certezas.
3. Es la que no figura, porque la cuarta organización es la dápica, propia de los trastornos alimentarios.
4. La depresiva es una de las cuatro, con autoconcepto negativo y anticipación de pérdida.

LAS CUATRO ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL PROBLEMÁTICAS DE GUIDANO

Organización	Autoconcepto y vivencia	Origen
Depresiva	Autoconcepto negativo y anticipación de pérdida	Patrón de apego evitativo
Fóbica	Autoconcepto positivo con percepción constante de peligro	Patrón de apego que impidió las conductas exploratorias
Obsesiva	Visión ambivalente de uno mismo, con búsqueda constante de certezas	Patrón de apego mixto con evitación y coerción
Dápica (desórdenes alimenticios psicógenos)	Autoconcepto ambiguo con búsqueda constante de aceptación	Patrones educativos contradictorios que priman las apariencias sobre el apoyo al niño

Fuente: Rodríguez Morejón (2019), cap. 18, págs. 328-329

Ojo. El Ministerio cita la pág. 353 de Rodríguez Morejón; en el ejemplar del corpus el apartado de Guidano está en las págs. 328-329. Rojí y Saúl se citan en su edición de 2023 y el corpus tiene la de 2022, donde el pasaje está en el apartado 4.2, «La terapia cognitiva posracionalista».

Para fijarlo. Guidano tiene cuatro casillas, la depresiva, la fóbica, la obsesiva y la dápica, y el narcisismo no tiene la suya.

REFERENCIA OFICIAL Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2023). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Pág. 443. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Pág. 353.

EN EL ATLAS Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 94

163

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 1

¿Qué estrategia de prevención selectiva de la conducta suicida cuenta con un grado de evidencia sólido?:

1. Tratamiento psicoterapéutico y farmacológico del trastorno depresivo. ✓
2. Restricción del acceso a medios letales.
3. Entrenamiento a guardianes o gatekeepers.
4. Formación a profesionales sanitarios.

Entre las medidas selectivas, la que tiene evidencia sólida es tratar la depresión

La pregunta exige dos filtros: que la medida sea de **prevención selectiva** (dirigida a grupos vulnerables) y que su evidencia sea **sólida**. El manual adapta de Zalsman et al. (2017) una figura que separa las medidas con **evidencias sólidas** de las que **requieren más investigación**. Entre las sólidas están la **restricción de acceso a medios** y la prevención en centros educativos, que son medidas de salud pública de prevención universal, y el **tratamiento de la depresión (psicoterapia y farmacoterapia)** y el mantenimiento de la cadena de cuidados, que son medidas clínicas. La OMS sitúa en la prevención selectiva la intervención en personas con **síntomas y trastorno depresivo**, y el manual recoge niveles Oxford de 1a a 3b para los ISRS y de 1b a 3a para la TCC.

1. Es la medida selectiva con evidencias sólidas según la figura 5.4 del manual.
2. Tiene un apoyo empírico fuerte, pero el manual la define como una medida de prevención universal, no selectiva.
3. Los programas de guardianes son selectivos, pero su uso aislado no dispone hoy de respaldo empírico suficiente; están entre las medidas que requieren más investigación.
4. La formación a profesionales de atención primaria se considera una medida razonable, pero la figura la sitúa entre las que requieren más investigación.

FIGURA 5.4: NIVELES DE EVIDENCIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA CONDUCTA SUICIDA (A PARTIR DE ZALSMAN ET AL., 2017)

	Medidas de salud pública	Medidas clínicas
Evidencias sólidas	Restricción de acceso a medios; prevención universal en contextos educativos	Tratamiento de la depresión (psicoterapia y farmacoterapia); mantenimiento de la cadena de cuidados
Requieren más investigación	Entrenamiento a guardianes; guías para medios de comunicación; intervenciones basadas en TIC; líneas de ayuda telefónica	Formación a profesionales de Atención Primaria; cribado en Atención Primaria

Fuente: Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), cap. 5, figura 5.4, págs. 180-181

Ojo. El Ministerio cita Fonseca-Pedrero y Al-Halabí (2021), Manual de conducta suicida. El corpus tiene Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), Manual de psicología de la conducta suicida (Pirámide), con el pasaje en las mismas páginas (180-184).

Trampa. La opción 2 tiene evidencia sólida y por eso atrae. Lo que falla es el nivel de prevención: es universal.

Para fijarlo. Restringir medios funciona, pero es universal; para quien ya está en riesgo, lo sólido es tratar su depresión.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. y Al-Halabí, S. (2021). Manual de conducta suicida: detección, evaluación e intervención. Pirámide. Págs. 180-185.

EN EL ATLAS: Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 110, PIR 2025 · n.º 168

Respuesta correcta: 3

"Ganando, siempre ganando. Si no ganas, es que no lo intentas lo suficiente. Yo no necesito que nadie me diga lo que está bien o mal; la gente corriente se pone límites porque son mediocres. Los demás deberían admirarte, no frenarte. Si tus amigos o tu familia no te apoyan, mejor prescinde de ellos: no entienden tu nivel". Según el modelo alternativo del DSM-5-TR para los trastornos de personalidad y los elementos del funcionamiento de la personalidad, ¿a qué trastorno específico podría pertenecer este discurso?:

1 Antisocial.

2 Evitativa.

3 Narcisista. ✓

4 Límite.

Grandiosidad, búsqueda de admiración y relaciones al servicio de la autoestima apuntan al trastorno de la personalidad narcisista

El modelo alternativo describe el **trastorno de la personalidad narcisista** por una autoestima variable y vulnerable que se regula buscando atención y aprobación, y por una grandiosidad manifiesta o encubierta. El discurso lo muestra en sus cuatro elementos de funcionamiento. En la **identidad** y la **autodirección**, estándares irracionalmente elevados para verse como alguien excepcional («si no ganas, es que no lo intentas»). En la **empatía**, poca capacidad para reconocer las necesidades de los demás («la gente corriente es mediocre»). En la **intimidad**, relaciones superficiales que existen para regular la autoestima («si no te apoyan, prescinde de ellos»). Y en el criterio B aparecen sus dos rasgos obligatorios: **grandiosidad** (creencia firme en ser mejor que los demás) y **búsqueda de atención** (búsqueda de admiración, como en «los demás deberían admirarte»).

1. El trastorno de la personalidad antisocial se define por el incumplimiento de normas legales y éticas, la falsedad, la manipulación y la asunción de riesgos, con una autoestima que deriva de la ganancia, el poder o el placer. La necesidad de ser admirado no forma parte de su descripción.
2. El trastorno de la personalidad evitativa se caracteriza por inhibición social, sentimientos de ineptitud y miedo a la evaluación negativa y al rechazo, que es lo contrario de este discurso.
3. Es el perfil del narcisista en el modelo alternativo, con grandiosidad, búsqueda de admiración y relaciones al servicio de la autoestima.
4. El trastorno de la personalidad límite se caracteriza por la inestabilidad de la autoimagen, de las metas, de las relaciones y de los afectos, con impulsividad y hostilidad; nada de eso aparece en el texto.

Trampa. «No necesito que nadie me diga lo que está bien o mal» suena a antisocial. Pero el resto del texto gira alrededor de la superioridad y la admiración, que es lo que pide el criterio B del narcisista.

Para fijarlo. Si el discurso pide admiración y mira por encima a los demás, es narcisista; si solo busca ganar sin normas, sería antisocial.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 881-888.

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

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 62, PIR 2025 · n.º 159, PIR 2025 · n.º 160

165

PATRONES CLÍNICOS

B17 · Trastornos disociativos | Revisar

Respuesta correcta: 4

Durante una hospitalización, un paciente con antecedentes de conflictos familiares presenta un episodio súbito de mutismo, flexibilidad cérea y ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, pese a un EEG normal. El día anterior había discutido con sus padres, quienes le habían negado dinero para independizarse. El cuadro cede bruscamente cuando llega la hora de la comida. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Estupor disociativo.
2. Estupor orgánico.
3. Estupor catatónico.
4. Simulación. ✓

Un estupor que cede a la hora de comer orienta a simulación

La clave oficial se apoya en dos ideas de las fuentes citadas. Belloch recuerda que en el **estupor de los trastornos mentales**, a diferencia del neurológico, la reactividad sensorial y los reflejos están conservados y el **EEG es normal**. El DSM-5-TR define la **simulación** como la representación de síntomas físicos o psicológicos **falsos o muy exagerados** motivada por **incentivos externos**, y pide sospecharla cuando hay una **marcada discrepancia** entre lo que presenta la persona y los hallazgos objetivos. En el caso, la falta de respuesta al dolor con un EEG normal es esa discrepancia, el cuadro aparece tras negarle sus padres el dinero y **cede bruscamente a la hora de la comida**, lo que sugiere un control voluntario. El DSM-5-TR separa la simulación de la conversión por la generación **intencionada** de síntomas y los incentivos evidentes.

1. El DSM-5 recoge el estupor transitorio dentro de las reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes, y Belloch habla del estupor del trastorno de conversión. La respuesta oficial lo descarta porque el cese a la hora de comer apunta a síntomas intencionados.
2. En el estupor neurológico la reactividad sensorial y los reflejos están alterados; un EEG normal va en contra.
3. Belloch describe la flexibilidad cérea en el estupor de los trastornos psicóticos, acompañada de variaciones bruscas del tono muscular, movimientos bizarros y ausencia de expresión facial. El enunciado no recoge esos otros signos, y el cese oportuno del cuadro es lo que inclina la respuesta hacia la simulación.
4. Es la clave oficial: síntomas que no encajan con los hallazgos objetivos, un posible incentivo y un final que depende de la conveniencia.

Ojo. Clave discutible. El enunciado no recoge un incentivo externo claro de los que enumera el DSM-5-TR, y el DSM-5, tal como lo reproduce Belloch (vol. II, cap. 8, pág. 265), incluye el estupor transitorio en las reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes; ningún manual del corpus presenta el cese brusco y oportuno del cuadro como signo de simulación.

Para fijarlo. Un estupor que respeta el horario de comidas no es estupor.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 134. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Pág. 835.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Belloch 2020 no es fuente de este tema.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 143, PIR 2025 · n.º 144

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C30 · Tratamientos de los trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto de la Parent–Infant Psychotherapy (PIP)?:

1. Propone la App Padre (Atención, Toma de Perspectiva y Empatía) como herramienta de intervención.
2. Incorpora una perspectiva transgeneracional, abordando cómo las experiencias tempranas y los conflictos no resueltos de los progenitores influyen en el vínculo con el bebé. ✓
3. Ha demostrado una mayor eficacia en población preescolar (3-6 años) que en la primera infancia (0-3 años).
4. Centra su intervención en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento y manejo conductual de los padres.

La PIP trabaja con la díada y con la historia de apego de los propios padres

Fonseca define la **Parent-Infant Psychotherapy** como una intervención de **orientación dinámica** y abordaje temprano cuyo objeto es la **díada madre-lactante**, y que concede una importancia clave a **las experiencias de los progenitores con sus propias figuras de apego**. El terapeuta ayuda a la madre a **reconocer la influencia de su propia vinculación con sus padres** para relacionarla con su rol materno actual. De ahí la perspectiva transgeneracional de la opción correcta. Suele ser semanal, dura entre 5 y 20 semanas y se dirige sobre todo a **bebés menores de 2 años**. La «App Padre» de la opción 1 viene de otro enfoque: Midgley et al. la recogen en el trabajo con padres de la **terapia basada en la mentalización para niños (MBT-C)**.

1. La «App Padre» pertenece a otro enfoque. Midgley et al. la toman de Cooper y Redfern (2016) y la describen como una actitud con tres componentes (atención, toma de perspectiva y proporcionar empatía) que el terapeuta de MBT-C anima a adoptar a los padres. Fonseca no la incluye entre los elementos de la PIP.
2. Es el rasgo que define la PIP: el peso de las experiencias de apego de los progenitores en la relación con su bebé.
3. La población diana son bebés menores de 2 años, por la importancia de los dos primeros años de vida; los estudios que revisa el manual son con lactantes, no con preescolares.
4. La PIP es de orientación dinámica y se centra en los modelos internos de la madre; el manual no la plantea como un entrenamiento conductual de habilidades parentales.

Ojo. La perspectiva intergeneracional no es exclusiva de la PIP. Midgley et al. señalan que en la MBT-C preguntar a los padres por su propia infancia no es un requisito, aunque a veces les ayuda a ver su crianza desde esa perspectiva (pág. 210). En la PIP, según Fonseca, la historia de apego de los progenitores ocupa el centro de la intervención.

Para fijarlo. En la PIP hay tres generaciones en la consulta: el bebé, la madre y los padres de la madre.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 18, pág. 561. Midgley, N. et al. (2019). Tratamiento basado en la mentalización para niños: un abordaje de tiempo limitado. Desclée de Brouwer. Págs. 208-209.

EN EL ATLAS: Tema C30 · Tratamientos de los trastornos del vínculo. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 195

167 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes técnicas permite la elaboración simbólica del trauma en niños y adolescentes?:

1 La reexperimentación emocional.

2 La técnica 5-4-3-2-1.

3 El escaneo corporal.

4 La caja de arena. ✓

La caja de arena permite elaborar el trauma de forma simbólica e indirecta

Izquierdo et al. describen la **caja de arena** como una **técnica proyectiva de juego simbólico, no interpretativa**, que ayuda en la expresión emocional y en la **elaboración indirecta del contenido traumático**. Gonzalo Marrodán explica por qué está especialmente indicada en niños que han sufrido malos tratos, abandono u otras situaciones traumáticas: pedirles que cuenten con palabras lo ocurrido puede provocar una **activación psicofisiológica excesiva** y sobrepasar su **ventana de tolerancia**, así que necesitan un **medio seguro para poder narrar**, y la caja de arena lo es. En el mismo apartado de Izquierdo, las técnicas de regulación emocional (relajación, mindfulness) se proponen para bajar la ansiedad y estabilizar, no para elaborar el trauma.

1. Volver a experimentar la emoción del trauma de forma directa queda lejos de la vía simbólica e indirecta que define a la caja de arena. Gonzalo Marrodán advierte, además, de que exponer directamente al trauma excede el margen de tolerancia del paciente y puede retraumatizarlo.
2. La técnica 5-4-3-2-1 no aparece en el manual entre las técnicas de elaboración del trauma.
3. El escaneo corporal es un ejercicio de entrenamiento en mindfulness, y el manual sitúa el mindfulness entre las técnicas de regulación emocional que estabilizan al paciente.
4. Es la técnica que el manual define como juego simbólico para elaborar indirectamente el contenido traumático.

Ojo. La técnica 5-4-3-2-1 no aparece en ninguna obra del corpus, así que la opción 2 cae solo por la clave. Izquierdo vuelve a nombrar la caja de arena como técnica para el trauma en los caps. 33 (pág. 225) y 36 (pág. 245).

Para fijarlo. Lo que el niño no puede contar con palabras lo puede construir en la arena.

REFERENCIA OFICIAL

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. 39, pág. 266. Gonzalo Marrodán, J. L. (2013). Construyendo puentes: la técnica de la caja de arena. Desclée de Brouwer. Págs. 28-29.

EN EL ATLAS

Tema C31 · Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Izquierdo no es fuente de este tema.

168

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 1

En cuanto a la participación de la familia en la intervención con conductas autolesivas y suicidas en la adolescencia:

1. Los familiares deben participar en la intervención. ✓
2. Si el adolescente expresa su deseo de mantener la confidencialidad, no se debe involucrar a la familia, salvo que se produzca una tentativa de suicidio grave.
3. La información a la familia debe incluir el detalle de los métodos autolesivos para mejorar la supervisión y la adherencia al tratamiento.
4. La intervención familiar se considera contraproducente cuando los factores de conflicto parental o sobreinvolucramiento emocional son antecedentes del síntoma, por lo que en estos casos se recomienda el trabajo individual.

Con adolescentes en riesgo suicida, la familia participa siempre

Fonseca recoge en su **tabla 19.5** los consejos de Chiles, Strosahl y Roberts (2019) para trabajar con adolescentes en riesgo: **la familia debe formar parte de la terapia siempre y sin excepción**, y conviene resolver este aspecto **desde el principio**. Añade que la mayoría de los protocolos eficaces incluyen un **componente activo de intervención familiar** (Glenn et al., 2019). Izquierdo et al., en el capítulo de autolesiones, piden explicar el riesgo a los familiares (retirada de objetos cortantes y medicaciones, valorar la supervisión) y dan pautas para los padres, como validar la emoción y no la conducta.

1. Es lo que dicen las dos fuentes oficiales.
2. La familia participa siempre y sin excepción; además, cuando hay riesgo, aunque no sea inmediato, hay que explicárselo a los familiares dentro del plan de emergencia.
3. Los manuales piden informar del riesgo, retirar objetos cortantes y medicaciones y valorar la supervisión, pero no detallar a la familia los métodos autolesivos.
4. Es al revés. Si hay conflictos familiares que el adolescente expresa con las autolesiones, Izquierdo dice que hay que trabajar en la relación familiar.

Para fijarlo. Con un adolescente que se hace daño, la familia entra en terapia el primer día.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, pág. 597. 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. 302-303.

EN EL ATLAS: Tema C20 · Intervención psicológica en conducta suicida. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Izquierdo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 163, PIR 2025 · n.º 191

169

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 4

En relación con los programas de intervención temprana en el trastorno del espectro autista (TEA), ¿cuál describe con mayor precisión el Programa HANEN?:

1. Es un modelo de intervención temprana basado en el desarrollo y aplicado por el terapeuta en contextos naturales, que combina estrategias conductuales y evolutivas para promover la atención conjunta y el lenguaje.
2. Es una intervención de tipo mixto (conductual y comunicativo) centrada en mejorar la generalización del aprendizaje mediante sesiones conjuntas entre terapeuta y niño, bajo la metodología del modelo SCERTS.
3. Es un programa de base conductual que utiliza reforzadores naturales y análisis funcional de la conducta para disminuir comportamientos inadecuados y aumentar los adaptativos.
4. Se centra en el entrenamiento de los progenitores para que estos actúen como principales agentes de cambio, tras un periodo inicial de formación profesional. ✓

En el programa Hanen los padres son los agentes de cambio

Fonseca sitúa el **programa Hanen**, de Canadá, junto al ImPACT, entre las **intervenciones mediadas por la familia**: programas en los que **los progenitores son los responsables de llevar a cabo la intervención** con sus hijos **tras un entrenamiento inicial**. El terapeuta forma y supervisa, pero quien interviene en el día a día es la familia. Según el manual, estas intervenciones mejoran la interacción social, la comunicación, la conducta, la atención conjunta y el juego.

1. Describe un modelo aplicado por el terapeuta, cuando lo que define al Hanen es que lo aplican los padres. La descripción se parece a la que Orgilés et al. dan del modelo Denver, basado en el desarrollo y apoyado también en el entrenamiento de respuesta pivotal.
2. El SCERTS es otro modelo, que Orgilés et al. consideran ecléctico por combinar prácticas de varios enfoques, y el Hanen no se basa en sesiones conjuntas entre terapeuta y niño.
3. Orgilés et al. señalan como aspectos centrales de los modelos conductuales el análisis funcional de la conducta, los principios de aprendizaje y las técnicas de modificación de conducta. Eso describe el ABA o las conductas pivotales, no el Hanen.
4. Es la definición del manual: los padres actúan como agentes de cambio tras una formación inicial.

Ojo. La primera referencia oficial, Orgilés et al. (2022), no nombra el programa Hanen en su apartado de tratamientos basados en la evidencia (cap. 19, apartado 1.4). Allí están los modelos de los distractores: el Denver, el SCERTS y los conductuales. La definición del Hanen se toma de Fonseca.

Para fijarlo. Hanen y ImPACT: el terapeuta enseña y los padres intervienen.

REFERENCIA OFICIAL: Orgilés, M., Méndez, F. X. y Espada, J. P. (coords.) (2022). Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia. Pirámide. Pág. 481. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 6, págs. 201-202.

EN EL ATLAS: Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 200

170

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 4

Acude a la consulta un niño de 5 años diagnosticado de trastorno por déficil de atención/hiperactividad (TDAH), ¿qué tipo de tratamiento es el más recomendado?

1 Tratamiento con neurofeedback

2 Tratamiento farmacológico

3 Entrenamiento en habilidades sociales

4 Tratamiento conductual con pautas para los padres o cuidadores ✓

A los 5 años, el TDAH se trata primero con pautas conductuales a los padres

Fonseca recoge las pautas revisadas de la **Academia Americana de Pediatría** (Wolraich et al., 2019), que ordenan el tratamiento por edades: en **preescolares (4-5 años)**, **tratamiento conductual con pautas para padres** e intervenciones comportamentales; en primaria, tratamiento combinado; en adolescentes, farmacológico. El tratamiento conductual se considera de **primera línea para niños muy pequeños** o con TDAH leve a moderado, y Charach et al. (2013) concluyeron que en preescolares en riesgo produce mayores beneficios que el farmacológico. Entre las técnicas con más apoyo está la **formación a las familias en técnicas conductuales** (BPT).

1 El neurofeedback tiene resultados favorables, pero el manual lo presenta como una línea de investigación, como alternativa o complemento a otros tratamientos, no como primera elección.

2 En preescolares la recomendación es conductual; el farmacológico es la opción para adolescentes y forma parte del combinado en primaria.

3 El manual no recoge el entrenamiento en habilidades sociales entre las recomendaciones para la edad preescolar. Las intervenciones conductuales entre iguales aparecen en la SCCAP como uno de los niveles del enfoque conductual, junto al familiar y al escolar.

4 Es la recomendación para la edad preescolar.

Para fijarlo. La pauta de la AAP sube con la edad: padres en preescolar, padres más fármaco en primaria, fármaco en la adolescencia.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, pág. 221.

EN EL ATLAS: Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 209, PIR 2021 · n.º 201, PIR 2023 · n.º 176

171

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

El Cool Little Kids:

1. Es un programa dirigido a niños con trastornos de conducta.
2. Suele aplicarse a niños de entre 10 y 14 años.
3. Es un tratamiento para la ansiedad con una orientación psicodinámica.
4. Está especialmente dirigido a niños con un temperamento inhibido. ✓

El Cool Little Kids se dirige a preescolares de temperamento inhibido con padres sobreprotectores

El **Cool Little Kids** (Rapee et al., 2010) es uno de los tratamientos «bien establecidos» para la ansiedad en la infancia temprana, del tipo de **terapia familiar cognitivo-conductual**. Está dirigido a niños de **3 a 6 años** con problemas internalizados, más específicamente a niños con **temperamento inhibido** y a padres con una **parentalidad sobreprotectora**. Ayuda a los progenitores a entender la ansiedad y a enseñar a sus hijos a enfrentarse a ella, en un formato **grupal de 6 sesiones de 90 minutos**, y varios ECA avalan su eficacia.

1. Se dirige a problemas internalizados, no a trastornos de conducta.
2. La edad es de 3 a 6 años, no de 10 a 14.
3. El manual lo clasifica como terapia familiar cognitivo-conductual; no tiene orientación psicodinámica.
4. Es la población diana que señala el manual.

Para fijarlo. Cool Little Kids es para los «little»: de 3 a 6 años, tímidos, con padres que protegen demasiado.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 447.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 172

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

Un adolescente de 15 años acude a consulta por una preocupación generalizada sobre distintas áreas (familia, escuela, amigos), que genera malestar significativo y deterioro funcional:

1. La exposición en vivo sería la primera elección de tratamiento.
2. Se le podría ofrecer el programa No Worries! en formato grupal, orientado al manejo de la ansiedad generalizada. ✓
3. La exposición en imaginación sería la primera elección de tratamiento.
4. No existen tratamientos con suficiente evidencia empírica para este tipo de trastorno.

No Worries! es un programa grupal específico para el TAG

El caso describe un **trastorno de ansiedad generalizada**. Fonseca recuerda que la **TCC es el tratamiento de elección** para el TAG infantojuvenil y que la NICE recomienda TCC individual o grupal de 8-12 sesiones en menores de 15 años. Entre los programas **específicos para el TAG**, **No Worries!** (Holmes et al., 2014) es de los pocos con un ECA. Es un programa manualizado, **grupal**, de **10 sesiones semanales de 90 minutos**, que añade a los componentes genéricos de la TCC un trabajo centrado en la intolerancia a la incertidumbre, las creencias negativas sobre la preocupación, la orientación negativa al problema y la evitación cognitiva, además del sueño y el perfeccionismo.

1. La exposición es uno de los seis componentes de los programas de TCC para el TAG, junto con la psicoeducación, la relajación, la reestructuración, la resolución de problemas y la prevención de recaídas; no es la primera elección por sí sola.
2. Es un programa grupal específico para el TAG con apoyo de un ECA.
3. La exposición en imaginación se usa para preocupaciones concretas (salud, seguridad, muerte) dentro de la TCC, pero tampoco es la primera elección aislada.
4. Es falso: la TCC lleva cincuenta años de estudios que la sitúan como tratamiento de elección para el TAG.

Ojo. El ECA de No Worries! se hizo con niños de 7 a 12 años, y el paciente tiene 15. La opción dice que «se le podría ofrecer», y es la única compatible con el manual.

Para fijarlo. Para el TAG del niño, TCC; y si se quiere un programa específico, No Worries! en grupo.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 454.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 171, PIR 2025 · n.º 175

173

PATRONES CLÍNICOS

B21 · Conducta suicida

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo socioambiental o contextual de la conducta suicida en población infanto-juvenil?

1 Abandono escolar.

2 Baja motivación académica. ✓

3 Absentismo escolar.

4 Mala relación con los iguales.

La baja motivación académica figura entre las variables personales del riesgo suicida

Se pide la que NO es socioambiental. La **tabla 3.1** del manual de Al-Halabí y Fonseca-Pedrero clasifica los factores de riesgo de la conducta suicida infantojuvenil en seis grupos. Entre los **socioambientales y contextuales** están el **abandono escolar**, el **absentismo escolar**, el fracaso escolar, los problemas de rendimiento percibidos o reales, no trabajar ni estudiar y la **mala relación con los iguales**. La **baja motivación académica** figura en otro grupo, el de las **variables personales**, junto con el desapego escolar, la impulsividad o la inhibición emocional.

1. El abandono escolar es un factor socioambiental y contextual de la tabla.
2. La tabla la clasifica como variable personal.
3. El absentismo escolar también figura entre los socioambientales y contextuales.
4. La mala relación con los iguales está en el mismo grupo.

TABLA 3.1 (EXTRACTO): FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA INFANTOJUVENIL

Grupo	Factores
Factores socioambientales y contextuales	Abandono escolar; absentismo escolar; fracaso escolar; problemas de rendimiento escolar percibidos o reales; no trabajar ni estudiar; mala relación con los iguales
Variables personales	Pertenecer al colectivo LGB; baja motivación académica; desapego escolar; impulsividad; inhibición emocional; dificultad en solución de problemas; patrón de apego inseguro en la infancia

Fuente: Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), cap. 3, tabla 3.1, pág. 120

Trampa. Las cuatro opciones tienen que ver con la escuela. Hay que recordar en qué fila de la tabla está cada una.

Para fijarlo. Lo que pasa en la escuela (abandono, absentismo, fracaso, iguales) es contexto; lo que siente el alumno hacia ella (motivación, desapego) es personal.

REFERENCIA OFICIAL: Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (coords.) (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Pirámide. Cap. 3, pág. 120.

EN EL ATLAS: Tema B21 · Conducta suicida. Se estudia con Fonseca Suicidio (Base).

174

PATRONES CLÍNICOS

B30 · Trastornos del lenguaje | Revisar

Respuesta correcta: 2

Los efectos de la disfasia evolutiva o trastorno específico del lenguaje:

1. Son ausentes o muy escasos a partir de la adolescencia, si el paciente ha recibido atención logopédica antes de cumplir los seis años.
2. Por lo general, continúan en la adolescencia y en la edad adulta. ✓
3. Implican de forma directa a la comprensión del lenguaje, siendo infrecuente la afectación de aspectos expresivos.
4. Implican en mayor medida a los aspectos fonológicos que a los pragmáticos del lenguaje.

Los efectos de la disfasia evolutiva suelen continuar en la adolescencia y la edad adulta

Belloch define la **disfasia evolutiva** o **trastorno específico del lenguaje** (TEL) como un trastorno que afecta **tanto a la expresión como a la comprensión**, en niños de inteligencia normal y sin causas sensoriales, motoras, ambientales o neurológicas que lo expliquen. Sobre su curso dice literalmente que, **por lo general, sus efectos continúan en la adolescencia y en la edad adulta**. El DSM-5-TR va en la misma línea: el trastorno del lenguaje diagnosticado a partir de los 4 años suele ser estable y normalmente persiste hasta la edad adulta, aunque cambie el perfil de puntos fuertes y débiles.

1. Ninguna de las dos fuentes dice que la logopedia antes de los seis años haga desaparecer el trastorno; las dos insisten en que suele persistir.
2. Es la frase del manual.
3. Afecta tanto a la expresión como a la comprensión.
4. La clave oficial la da por falsa, aunque con el texto de Belloch (pág. 290), que cita a Carroll (1986), también sería verdadera; véase el Ojo.

Ojo. Clave discutible. La opción 4 coincide con lo que dice el propio manual citado en la pág. 290: a partir de Carroll (1986), el TEL afecta más a la fonología y la sintaxis que a la semántica y la pragmática, y la pragmática no muestra una incompetencia especial. Con el texto de Belloch, la 4 sería también verdadera; el Ministerio solo da por buena la 2.

Para fijarlo. El TEL cambia con la edad, pero acompaña a la persona hasta la adultez.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 289.

EN EL ATLAS: Tema B30 · Trastornos del lenguaje. Belloch 2020 no es fuente de este tema.

175

PATRONES CLÍNICOS

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

¿Qué hallazgo evolutivo ha sido reportado al comparar la presentación clínica del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre niños y adolescentes?:

1 Los niños menores de 12 años tienen mayor probabilidad de experimentar ideación suicida y síntomas cognitivos que los adolescentes.

2 El criterio diagnóstico esencial de una preocupación excesiva resulta inadecuado en los niños, ya que antes de la pubertad el Trastorno de Ansiedad Generalizada se manifiesta únicamente a través de quejas somáticas y problemas de sueño.

3 Ambos grupos de edad presentan índices similares de síntomas específicos, pero los adolescentes exhiben un mayor número de síntomas totales y niveles más altos de ansiedad y depresión. ✓

4 Es infrecuente antes de la adolescencia y sólo se diagnostica en niños cuando la sintomatología ha persistido durante al menos 12 meses.

Los adolescentes con TAG tienen los mismos síntomas específicos que los niños, pero más síntomas, ansiedad y depresión

Wicks-Nelson e Israel describen el estudio de **Strauss et al. (1988)** con 55 niños que cumplían criterios de **trastorno de hiperansiedad**, el antecedente del TAG infantil, divididos en **menores y mayores de 12 años**. No hubo diferencias en la prevalencia ni en las características sociodemográficas, y ambos grupos mostraron **índices similares de síntomas específicos**. Los mayores, sin embargo, presentaban **más síntomas** y **mayores niveles de ansiedad y depresión**. También variaban los diagnósticos concurrentes: más ansiedad por separación y déficit de atención en los pequeños, y más fobia simple y depresión mayor en los mayores.

1 Es al contrario: los mayores de 12 años tenían más síntomas, más ansiedad y depresión, y más depresión mayor concurrente.

2 Caballo y Simón explican que los niños con TAG informan de preocupación en una gran variedad de áreas, y que las quejas somáticas, como los dolores de estómago o de cabeza, no son raras pero no son la única manifestación. La preocupación excesiva sigue siendo el rasgo esencial.

3 Es el hallazgo de Strauss et al. (1988) que recoge el manual.

4 Wicks-Nelson da una edad media de inicio de diez años y una frecuencia estable de la niñez a la adolescencia, y la duración que exigen los criterios es de más de seis meses, no de doce.

Para fijarlo. Con la edad el TAG se parece a sí mismo, pero pesa más: más síntomas y más ánimo bajo.

REFERENCIA OFICIAL: Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Cap. 6, págs. 129-130. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 3, pág. 94.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Wicks-Nelson no es fuente de este tema. Se estudia con Caballo y Simón (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 142, PIR 2025 · n.º 172

176 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J10 · Adultez y vejez

Respuesta correcta: 2

El patrón de apego caracterizado por alta ansiedad relacional y alta comodidad por la cercanía en las relaciones se le denomina:

1. Estilo Seguro
2. Estilo Preocupado -Ambivalente ✓
3. Estilo Rechazante - Evitador
4. Estilo Temeroso - Desorganizado

Alta ansiedad y comodidad con la cercanía señalan el estilo preocupado

La pregunta usa el modelo de **cuatro estilos de apego adulto** de Bartholomew y Horowitz (1991). Cervone y Pervin lo presentan como dos dimensiones, el **modelo de trabajo interno del self** y el **modelo de trabajo interno de los otros**, cada una con un polo positivo y otro negativo. Al cruzarlas salen cuatro estilos: **seguro** (self y otros positivos), **preocupado** (self negativo y otros positivos), **rechazante** (self positivo y otros negativos) y **temeroso** (los dos negativos). El prólogo de la edición española de Bowlby describe el estilo preocupado con las dos dimensiones del enunciado. Los adultos **preocupados-ansiosos** buscan más intimidad, aprobación y respuesta de la pareja, y viven la relación con preocupación y con una visión menos positiva de sí mismos. Alta ansiedad y comodidad con la cercanía apuntan, por tanto, al estilo preocupado-ambivalente.

1. El estilo seguro combina una visión positiva de uno mismo y de los demás: la persona está cómoda en la intimidad y ante la autonomía, sin la ansiedad que pide el enunciado.
2. El preocupado combina una visión negativa de sí mismo con una positiva de los demás, y la figura 4-3 lo describe como «preocupado con las relaciones». Johnstone y Boyle lo explican como buscar la aprobación y la aceptación de los otros mientras uno se siente indigno: busca la cercanía y la vive con ansiedad.
3. El rechazante conserva una imagen positiva de sí mismo, pero no está cómodo con las relaciones cercanas y prefiere no depender de nadie. Le falta, por tanto, la comodidad con la cercanía que pide el enunciado.
4. El temeroso tiene una visión negativa de sí mismo y de los demás. El manual lo define como temeroso de la intimidad y evasor de lo social, así que no encaja con la comodidad con la cercanía.

FIGURA 4-3 DE CERVONE Y PERVIN: DIMENSIONES DE BARTHOLOMEW Y PATRONES DE APEGO

	Otro positivo	Otro negativo
Self positivo	Seguro (cómodo en la intimidad y ante la autonomía)	Rechazo (rechazo de la intimidad; contra-dependiente)
Self negativo	Preocupado (preocupado con las relaciones)	Temeroso (temeroso de la intimidad; evasor de lo social)

Fuente: Cervone y Pervin (2009), cap. 4, figura 4-3, pág. 120

Ojo. Las dos obras que cita el Ministerio, Hernández Pacheco (2019) y Marrone (2001), no están en el corpus del Atlas. La relación entre ansiedad, búsqueda de cercanía y estilo preocupado no la hace Cervone y Pervin; está en el prólogo de la edición española de Bowlby, Vínculos afectivos (Morata, pág. X en números romanos), que no es una obra del Atlas.

Para fijarlo. Preocupado: confío en los demás, pero no en mí; por eso me acerco y me angustio a la vez.

REFERENCIA OFICIAL

Hernández Pacheco, M. (2019). Apego y psicopatología: la ansiedad en su origen. Desclée de Brouwer. Pág. 82. Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Psimática. Pág. 279.

EN EL ATLAS

Tema J3 · Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego. Se estudia con Cervone y Pervin (Consulta).

177

PATRONES CLÍNICOS

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la manifestación de la sintomatología depresiva en la infancia y adolescencia?:

1. Los síntomas cognitivos, como los pensamientos de inutilidad y la desesperanza, son más frecuentes en los niños más pequeños que en los adolescentes.
2. La tristeza puede ser sustituida por sentimientos de irritabilidad o enfado, siendo este un síntoma clave en la depresión infantojuvenil. ✓
3. Las técnicas de autoinforme (cuestionarios, inventarios) pueden aplicarse con elevada fiabilidad en niños a partir de 3 años.
4. En la infancia predominan las manifestaciones en el sistema de respuesta cognitivo, mientras que con el paso de los años adquieren relevancia los sistemas psicofisiológicos y motores.

En niños y adolescentes la tristeza puede aparecer como irritabilidad

Vallejo y Rodríguez dan tres claves para detectar un trastorno depresivo en la infancia o la adolescencia. Los síntomas nucleares son la **tristeza** y la **pérdida de interés**. La tristeza puede no ser evidente y aparecer en su lugar **irritabilidad o enfado**, en forma de explosiones de genio ante sucesos triviales, insultos, peleas o derrumbarse por nimiedades. Y los síntomas **cambian con la edad**: en los más pequeños abundan los **psicofisiológicos y motores**, y en los mayores y los adolescentes, los **cognitivos**.

1. Es al revés. El manual dice que los síntomas cognitivos son más frecuentes en los niños mayores y en la adolescencia, y su tabla 2 sitúa la baja autoestima y el autodesprecio en las franjas de 6-12 y 13-18 años.
2. Es casi literal del manual: la tristeza puede no ser evidente y ser sustituida por irritabilidad o enfado.
3. El manual pone el listón en los 7 años, porque solo a partir de esa edad el niño tiene buena comprensión lectora y puede informar de forma fiable sobre su estado de ánimo. Entre los 3 y los 6 años el autoinforme solo es posible con un apoyo pictórico adecuado, y antes de los 7 la evaluación debe centrarse en la observación y en lo que cuentan padres y maestros.
4. Invierte el orden evolutivo. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, y con la edad ganan peso los cognitivos.

Ojo. La segunda obra oficial, Comeche y Vallejo (2016), es la 3.ª edición del mismo manual y recoge el mismo pasaje en su pág. 233. El dato del autoinforme a partir de los 7 años está en la 4.ª edición, pág. 308.

Para fijarlo. Cuerpo y conducta en los pequeños, pensamientos en los mayores; y la tristeza, a veces, disfrazada de mal genio.

REFERENCIA OFICIAL: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 300. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Pág. 233.

EN EL ATLAS: Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 178

178 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la situación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) respecto a la depresión infantil y adolescente?:

1. Para la depresión infantil no hay ningún tratamiento con Nivel 1 o Nivel 2 de apoyo empírico, pero la TCC es un tratamiento bien establecido para la depresión adolescente. ✓
2. La TCC goza del mismo nivel de apoyo empírico (Nivel 1: Bien Establecido) para la depresión tanto en niños como en adolescentes.
3. La TCC individual es un tratamiento bien establecido para la depresión infantil, mientras que en adolescentes se reserva la TCC de grupo o la Terapia Interpersonal.
4. La TCC es solo un tratamiento posiblemente eficaz (Nivel 3) para la depresión adolescente, mientras que la medicación (Fluoxetina) cuenta con el Nivel 1 de apoyo empírico.

La TCC está bien establecida en adolescentes, pero no en niños

Vallejo y Rodríguez recogen la revisión de Weersing et al. (2017), que hace suya la división 53 de la APA. Con los cinco niveles de apoyo empírico de Southam-Gerow y Prinstein, para la **depresión adolescente** hay cinco tratamientos **bien establecidos (nivel 1)**: la **TCC** global, individual y grupal, y la **terapia interpersonal** (TIP) global e individual. Para la **depresión infantil**, en cambio, **no hay ningún tratamiento de nivel 1 ni de nivel 2**, solo cuatro posiblemente eficaces (nivel 3), entre ellos la TCC global y grupal.

1. Resume justo esa asimetría entre niños y adolescentes.
2. No tiene el mismo nivel: en niños la TCC solo llega al nivel 3.
3. En niños ningún tratamiento está bien establecido, y Fonseca (cap. 16, pág. 507) deja la TCC individual infantil «en fase experimental». En adolescentes la TCC individual también es de nivel 1.
4. En adolescentes la TCC es de nivel 1. Y el manual subraya que las recomendaciones del NICE priorizan la psicoterapia frente a la fluoxetina, que en niños de 5 a 11 años se considera solo con cautela.

APOYO EMPÍRICO EN LA DEPRESIÓN INFANTOJUVENIL (WEERSING ET AL., 2017)

Nivel	Adolescentes	Niños
1. Bien establecido	TCC global, individual y grupal; TIP global e individual	Ninguno
2. Probablemente eficaz	TIP grupal	Ninguno
3. Posiblemente eficaz	Biblioterapia basada en la TCC; intervenciones familiares	TCC global, grupal y asistida por tecnologías; terapia de conducta

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 7, págs. 314-315

Ojo. Es un tema que vuelve: ya se había preguntado en 2023 y 2024.

Para fijarlo. En la depresión, la evidencia de la TCC crece con la edad: nivel 1 en adolescentes, nivel 3 en niños.

REFERENCIA OFICIAL Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, pág. 314. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, págs. 507-508.

EN EL ATLAS Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 206, PIR 2023 · n.º 190, PIR 2024 · n.º 190, PIR 2025 · n.º 177

179

PATRONES CLÍNICOS

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la edad cronológica mínima y la frecuencia requerida de los episodios para diagnosticar encopresis, según los criterios diagnósticos habituales (DSM- 5-TR)?:

1. Mínimo de 6 años y al menos dos episodios al mes durante 3 meses consecutivos.
2. Mínimo de 5 años y al menos un episodio a la semana durante 6 meses.
3. Mínimo de 4 años y al menos un episodio al mes durante 3 meses consecutivos ✓
4. Mínimo de 4 años y al menos dos episodios a la semana durante 1 mes.

La encopresis exige al menos 4 años y un episodio al mes durante 3 meses

El DSM-5-TR exige para la **encopresis** la excreción repetida de heces en lugares inapropiados, voluntaria o involuntaria (criterio A); que ocurra **al menos una vez al mes durante un mínimo de 3 meses** (criterio B), y una **edad cronológica de al menos 4 años**, o un grado de desarrollo equivalente (criterio C). Comeche y Vallejo recogen los mismos criterios en su tabla 3 y lo resumen diciendo que hace falta al menos un episodio al mes durante un periodo de 3 meses.

1. Ni la edad ni la frecuencia son las de la encopresis, que se diagnostica desde los 4 años con un episodio al mes.
2. Mezcla la edad de la enuresis, que exige 5 años, con una frecuencia semanal y una duración de 6 meses que no aparecen en ninguno de los dos trastornos.
3. Son los criterios B y C de la encopresis en la Guía de consulta y en el DSM-5-TR, aunque la opción añade «consecutivos», una palabra que el criterio de la encopresis no lleva.
4. La edad es correcta, pero dos veces por semana es la frecuencia de la enuresis, y en ella la duración mínima es de 3 meses consecutivos, no de un mes.

ENURESIS Y ENCOPRESIS EN EL DSM-5-TR

	Enuresis	Encopresis
Criterio B	Al menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos (o malestar clínicamente significativo o deterioro)	Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses
Criterio C	5 años (o grado de desarrollo equivalente)	4 años (o grado de desarrollo equivalente)
Criterio D	No atribuible a una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica	No atribuible a una sustancia (laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento

Fuente: DSM-5-TR, págs. 399 y 402

Ojo. La Guía de consulta del DSM-5 que cita el Ministerio (pág. 200) dice «al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de tres meses», sin «consecutivos». Tampoco lo llevan el DSM-5-TR (pág. 402) ni la tabla 3 de Comeche y Vallejo (2016, pág. 353). La palabra viene del criterio B de la enuresis, en la página anterior de la Guía. La opción 3 sigue siendo la única con la edad y la frecuencia de la encopresis.

Para fijarlo. Pis a los 5 y caca a los 4; el pis cuenta por semanas y la caca por meses.

REFERENCIA OFICIAL

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Págs. 352-353. American Psychiatric Association (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Panamericana. Pág. 200.

EN EL ATLAS

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 155, PIR 2018 · n.º 208, PIR 2025 · n.º 180

180

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción

Respuesta correcta: 2

¿Cuál es la técnica conductual multicomponente más aceptada para establecer la defecación regular en el retrete, y en qué principio de aprendizaje se basa fundamentalmente el tratamiento de la encopresis?:

1. El Biofeedback anorrectal para el control de la musculatura, cuyo mecanismo principal es el contracondicionamiento.
2. El entrenamiento en hábitos defecatorios, que se fundamenta en el condicionamiento operante. ✓
3. La alarma fecal para el control de estímulos, basada en el condicionamiento clásico.
4. La práctica positiva contingente para reforzar el comportamiento de limpieza.

En la encopresis se entrenan hábitos defecatorios con técnicas operantes

Vallejo y Rodríguez señalan que, a diferencia de la enuresis, cuyas intervenciones se basan en el **condicionamiento clásico**, el fundamento de los tratamientos de la encopresis está en consonancia con el **condicionamiento operante**. Entre ellos, una de las intervenciones con mayor aceptación es el **entrenamiento en hábitos defecatorios**, un programa **multicomponente** que busca adquirir y mantener el hábito de defecar con regularidad en el retrete mediante la **práctica programada** (sentarse 10-20 minutos tras las comidas principales) y técnicas operantes como el **reforzamiento positivo** y el **control de estímulos**. Fonseca dice lo mismo en su capítulo sobre los trastornos de la eliminación.

1. El biofeedback se aconseja en los casos de contracción paradójica del esfínter, y algunos autores no lo consideran de elección porque sus logros se mantienen mal y es invasivo y costoso. Ninguno de los dos manuales lo explica por contracondicionamiento.
2. Es la intervención de mayor aceptación según el manual, y el operante es su fundamento teórico.
3. La alarma es el tratamiento de elección de la enuresis nocturna, y es en ella donde el manual habla de condicionamiento clásico. Entre las técnicas para la encopresis no recoge ninguna alarma fecal.
4. La práctica positiva forma parte del entrenamiento en cama seca, un programa para la enuresis. En la encopresis la técnica más empleada es el reforzamiento positivo, y la opción no nombra el principio de aprendizaje que pide el enunciado.

Ojo. Ya se había preguntado en 2023 y 2024.

Para fijarlo. Pis, alarma y Pavlov; caca, hábito y Skinner.

REFERENCIA OFICIAL: Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 465. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, pág. 365.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 228, PIR 2018 · n.º 234, PIR 2019 · n.º 72, PIR 2025 · n.º 179

181

PATRONES CLÍNICOS

B26 · Discapacidad intelectual

Respuesta correcta: 1

Sobre la discapacidad intelectual, ¿cuál de estas afirmaciones es cierta?:

1. No es posible establecer la causa de la Discapacidad Intelectual en aproximadamente el 50% de los casos. ✓
2. La prevalencia se mantiene estable a nivel mundial.
3. Se considera que un 75% de la población presenta formas leves y un 25% presenta formas más graves.
4. En la Discapacidad Intelectual adquirida, la afectación se presenta de forma insidiosa.

En la mitad de los casos de discapacidad intelectual no se conoce la causa

Izquierdo y colaboradores repasan las causas prenatales, perinatales y postnatales de la **discapacidad intelectual** y concluyen que, a pesar de los avances en tecnología genética, **no es posible establecer la causa en aproximadamente el 50 % de los casos**. En la misma página dan los datos epidemiológicos y de curso que desmontan los otros tres distractores, como el reparto de un 85 % de formas leves y un 15 % de formas más graves o la afectación brusca en la forma adquirida.

1. Es literal del manual: la causa no se puede establecer en aproximadamente la mitad de los casos.
2. La prevalencia varía. Según Izquierdo, es mayor entre los 6 y los 10 años, en varones y en los países más pobres, por las dificultades de acceso a la asistencia sanitaria. El DSM-5 de 2014 la sitúa en torno al 1 % y dice que las tasas varían según la edad, y el DSM-5-TR añade que ronda el 16 por 1.000 en los países de rentas medias y el 9 por 1.000 en los de rentas altas.
3. Las cifras del manual son un 85 % de formas leves y un 15 % de formas más graves.
4. En la discapacidad intelectual adquirida la afectación se presenta bruscamente. El DSM-5 de 2014 y el DSM-5-TR dicen lo mismo, porque el inicio puede ser abrupto tras una meningitis, una encefalitis o un traumatismo craneal.

Ojo. El DSM-5 de 2014 que cita el Ministerio (págs. 37-39) no da el porcentaje de casos sin causa conocida ni el reparto entre formas leves y graves, que salen de Izquierdo. Sí sostiene los distractores 2 y 4: la prevalencia varía según la edad y, en las formas adquiridas, el inicio puede ser abrupto.

Trampa. Los distractores 3 y 4 toman frases reales de la misma página y cambian un dato: 75/25 en lugar de 85/15 e insidiosa en lugar de brusca.

Para fijarlo. Mitad sin causa conocida; 85 leves por cada 15 graves.

REFERENCIA OFICIAL: Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 41, pág. 276. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Págs. 37-39.

EN EL ATLAS: Tema B26 · Discapacidad intelectual. Se estudia con Izquierdo (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 36

182

PATRONES CLÍNICOS

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

Con respecto a la Esquizofrenia infantil:

1. El diagnóstico diferencial con Trastorno de Espectro Autista (TEA) se establece por la presencia de creencias e intereses atípicos.
2. El inicio suele producirse tras un periodo de desarrollo normal o casi normal. ✓
3. Las nuevas clasificaciones diagnósticas (CIE-11 y DSM-5-TR) diferencian la esquizofrenia infantil de la del adulto como categorías separadas.
4. Los síntomas psicóticos son similares en contenido y forma a los observados en la esquizofrenia del adulto.

La esquizofrenia infantil aparece tras un desarrollo normal o casi normal

Belloch la describe, dentro del diagnóstico diferencial del autismo, como un trastorno parecido a la esquizofrenia del adulto, poco frecuente, que se produce a una edad temprana y afecta al desarrollo y al comportamiento del niño. Se inicia **después de un período normal o casi normal de desarrollo**, con alucinaciones e ideas delirantes **acordes a la edad**. El DSM-5-TR coincide: la esquizofrenia de inicio en la infancia normalmente se desarrolla tras un período de desarrollo normal o casi normal.

1. Las creencias e intereses atípicos son justo lo que hace que la esquizofrenia infantil se confunda con el TEA. Lo que la distingue, según el DSM-5-TR, son las alucinaciones y los delirios; Belloch añade que faltan los graves déficits lingüísticos y cognitivos del TEA.
2. Es lo que dicen Belloch y el DSM-5-TR.
3. No hay dos categorías. El DSM-5-TR afirma que las características esenciales de la esquizofrenia son las mismas en la infancia, aunque el diagnóstico resulte más difícil.
4. El DSM-5-TR matiza que en los niños los delirios y las alucinaciones pueden ser menos elaborados que en los adultos y que las alucinaciones visuales son más frecuentes; Belloch habla de síntomas acordes a la edad del niño.

> **Para fijarlo.** En la esquizofrenia infantil el niño se desarrollaba bien y luego se tuerce; en el TEA el desarrollo es atípico desde el principio.

REFERENCIA OFICIAL — Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 476.

EN EL ATLAS — Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 210, PIR 2019 · n.º 81, PIR 2020 · n.º 47, PIR 2025 · n.º 92, PIR 2025 · n.º 128, PIR 2025 · n.º 183

183

PATRONES CLÍNICOS

B30 · Trastornos del lenguaje

Respuesta correcta: 1

El trastorno de la comunicación social (pragmática):

1. Se puede acompañar de problemas de conducta y trastornos específicos del aprendizaje. ✓
2. Si se cumplen también los criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista, se deben diagnosticar ambos trastornos.
3. La característica más habitual es la falta de competencia para el uso social del lenguaje verbal, pero no el no verbal.
4. Aparecen también patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento.

El trastorno de la comunicación social puede acompañarse de problemas de conducta y de aprendizaje

Belloch lo trata en el diagnóstico diferencial del autismo. En el **trastorno de la comunicación social (pragmático)** la característica más habitual es la **falta de competencia para el uso social del lenguaje verbal y no verbal**, y **se puede acompañar de problemas de conducta y trastornos específicos del aprendizaje**. A diferencia del TEA, no hay **patrones restrictivos y repetitivos** de comportamiento, intereses o actividades. Y si se cumplen los criterios del TEA, **el diagnóstico de TEA prevalece**.

1. Es literal del manual.
2. El diagnóstico de TEA prevalece sobre el de trastorno de la comunicación social. El DSM-5-TR lo recoge en el criterio D, que exige que los síntomas no se expliquen mejor por un trastorno del espectro autista.
3. La falta de competencia afecta al uso social del lenguaje verbal y también del no verbal.
4. Los patrones restrictivos y repetitivos son propios del TEA, y su ausencia es lo que lleva a valorar el trastorno de la comunicación social.

Ojo. El mismo párrafo está en el vol. I de Belloch, cap. 9 (Psicopatología del lenguaje), pág. 303.

Para fijarlo. Pragmático sin rigidez: si aparecen intereses restringidos o conductas repetitivas, ya es TEA.

REFERENCIA OFICIAL: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 474.

EN EL ATLAS: Tema B30 · Trastornos del lenguaje. Se estudia con DSM-5-TR (Base). Belloch 2020 es Base del tema B28 · Trastorno del espectro del autismo.

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 43, PIR 2023 · n.º 169, PIR 2025 · n.º 182

184

PATRONES CLÍNICOS

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 4

En el trastorno negativista desafiante:

1. El inicio temprano se asocia a una mayor estabilidad del cuadro y a un mejor pronóstico.
2. Es más prevalente en varones durante la infancia y la adolescencia.
3. Los inmigrantes de primera generación y los refugiados tienen más riesgo de presentar síntomas.
4. La severidad parental como factor de riesgo está más asociada a las chicas que a los chicos. ✓

La severidad parental pesa más como factor de riesgo en las chicas

En el apartado de sexo y género, el DSM-5-TR señala que algunos estudios hallan pocas diferencias en el **trastorno negativista desafiante** y que podría haber ligeras diferencias en los factores de riesgo, porque **la severidad parental se asocia más al trastorno en las chicas que en los chicos**. Las otras opciones alteran datos de las páginas de prevalencia, curso y cultura.

1. Vallejo y Rodríguez incluyen el comienzo de los trastornos de conducta a corta edad entre los factores que predicen un mal pronóstico. El DSM-5-TR, por su parte, asocia el trastorno a un mayor riesgo de problemas de adaptación en la vida adulta.
2. Es algo más prevalente en los chicos antes de la adolescencia (1,59:1), pero esa predominancia masculina no se ha hallado de forma sistemática en adolescentes ni adultos.
3. Es al revés: a pesar de las experiencias adversas, los inmigrantes de primera generación y los refugiados podrían tener menos riesgo.
4. Es literal del DSM-5-TR.

Trampa. Cada distractor toma un dato real y le cambia un detalle: el pronóstico del inicio temprano, la edad en que predominan los varones y el sentido del riesgo en los migrantes.

Para fijarlo. Más chicos que chicas solo antes de la adolescencia; y en ellas la mano dura de los padres pesa más.

REFERENCIA OFICIAL: American Psychiatric Association (2024). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 524-525. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13, pág. 580.

EN EL ATLAS: Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 199, PIR 2017 · n.º 176, PIR 2022 · n.º 139, PIR 2023 · n.º 173, PIR 2025 · n.º 186, PIR 2025 · n.º 189

185

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Respuesta correcta: 3

¿En cuál de las siguientes intervenciones para el abordaje de los problemas de conducta en la infancia el juego constituye un contexto terapéutico central y estructurado para el entrenamiento parental?

1. El programa de parenting triple P positivo.
2. The Incredible Years.
3. La terapia de interacción padres-hijos (PCIT). ✓
4. El entrenamiento en Manejo para Padres de Oregón (PMT-O).

La PCIT usa el juego para fortalecer la relación entre padres e hijos

Fonseca describe la **terapia de interacción padres-hijos (PCIT)** de Eyberg, para niños de 2 a 7 años con problemas graves de comportamiento. Tiene dos fases, la **atención contingente positiva** y las **estrategias de disciplina efectivas**. En la primera, los cuidadores trabajan para **fortalecer su relación con el niño mediante el juego**: aprenden a imitar, describir, reflejar y disfrutar de la actividad, a ignorar y redirigir las conductas inadecuadas y a evitar el sarcasmo y la crítica. Solo cuando lo dominan, medido en registros de 5 minutos, pasan a la fase de disciplina.

1. El Triple P es un sistema de cinco niveles de intensidad creciente, desde la difusión universal en medios de comunicación hasta el programa aumentado. Enseña a los padres instrucciones adecuadas, atención positiva y tiempo fuera, pero el manual no lo organiza en torno al juego.
2. Los Años Increíbles tienen versiones para padres, profesores y niños, y en la de niños se apoyan en el modelado por vídeo. El juego figura entre sus objetivos, pero el manual no lo describe como el contexto estructurado del entrenamiento parental.
3. Es la PCIT, cuya primera fase se estructura en torno al juego.
4. El PMT-O, que procede de Patterson, se apoya en el reforzamiento positivo, la disciplina, la resolución de problemas y la supervisión, y trabaja con role playing.

Para fijarlo. PCIT: primero jugar, luego disciplinar.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, pág. 319.

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

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 187, PIR 2022 · n.º 148, PIR 2024 · n.º 185, PIR 2024 · n.º 189, PIR 2025 · n.º 187

Respuesta correcta: 4

En el modelo de Patterson (1982;1992) sobre la coerción, ¿cuál es el mecanismo central que explica el mantenimiento de conductas desafiantes en un niño?:

1. La falta de consecuencias negativas para el niño.
2. Un déficit en las habilidades lingüísticas del niño.
3. El exceso de control parental hacia el niño.
4. El refuerzo mutuo entre las conductas del niño y los padres. ✓

En la coerción, la conducta del niño y la de los padres se refuerzan mutuamente

Vallejo y Rodríguez presentan la **hipótesis de la coerción** de Patterson como quizá el modelo más aceptado para explicar la desobediencia infantil. Las conductas coercitivas rudimentarias del bebé (llorar, gritar) deberían ir dejando paso a habilidades verbales, pero si los padres ignoran las peticiones adecuadas y responden a las coercitivas, estas se mantienen. El mecanismo central es el **reforzamiento negativo** en los dos sentidos. El niño grita y el padre retira la orden, así que la conducta del niño queda reforzada. Si el padre insiste, grita más y el niño acaba obedeciendo, la conducta coercitiva del padre queda reforzada negativamente, porque cesan los gritos, y positivamente, porque el niño obedece. El resultado es una **escalada** y un estilo familiar coercitivo. El manual añade el papel del **refuerzo positivo** (la atención a la desobediencia) y del **modelado**.

1. El problema son las consecuencias que sí recibe la conducta coercitiva: la retirada de la orden y la atención de los padres.
2. El modelo no habla de un déficit lingüístico. El niño puede hacer peticiones verbales, pero los padres las ignoran y solo responden a las coercitivas, de modo que las primeras se extinguen.
3. El manual atribuye los problemas a deficiencias de los padres en habilidades clave como la disciplina, el refuerzo positivo o la vigilancia, y no a un exceso de control.
4. Es el núcleo del modelo: el reforzamiento de las conductas coercitivas de los dos.

TABLA 3 DE VALLEJO Y RODRÍGUEZ: PROCESO DE REFORZAMIENTO NEGATIVO DE LAS CONDUCTAS COERCITIVAS DEL NIÑO Y DEL PADRE

Paso	Reforzamiento negativo (conducta niño)	Reforzamiento negativo (conducta padre)
Aparición de un acontecimiento aversivo	Orden paterna: «Recoge tus juguetes»	Orden paterna: «Recoge tus juguetes»
Respuesta coercitiva del niño	Llora, grita, patalea, golpea cosas, no obedece	Llora, grita, patalea, golpea cosas, no obedece
Respuesta coercitiva del padre (acontecimiento aversivo)	—	El padre grita también, repite la orden
Intensificación de la conducta coercitiva del niño	—	El niño chilla más fuerte, patalea, no obedece
Intensificación de la conducta coercitiva del padre	—	El padre grita más, amenaza, repite la orden, castiga físicamente
Eliminación	Del acontecimiento aversivo: el padre retira la orden, por no oír llorar o gritar al niño	De la respuesta coercitiva del niño: el niño deja de gritar y obedece

Fuente: Vallejo y Rodríguez (2022), cap. 13, tabla 3, pág. 579

Ojo. La pregunta 184 del mismo examen también es del trastorno negativista desafiante y cita este capítulo (pág. 580).

Para fijarlo. En la trampa de la coerción todos ganan algo a corto plazo: el niño se libra de la orden y el padre, de los gritos.

REFERENCIA OFICIAL
Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13, págs. 577-579.

EN EL ATLAS
Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con Vallejo Infantil (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 210, PIR 2019 · n.º 78, PIR 2020 · n.º 42, PIR 2025 · n.º 184, PIR 2025 · n.º 189

187

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

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

Revisar

Respuesta correcta: 2

En relación al establecimiento de la alianza terapéutica en niños y adolescentes con problemas de conducta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

1. La desconfianza inicial hacia el terapeuta puede entenderse como una reacción esperable y adaptativa.
2. El terapeuta debe fomentar la confianza del menor asegurando la confidencialidad y privacidad de todas sus conductas. ✓
3. El terapeuta debe tolerar el silencio o la evitación inicial sin precipitar interpretaciones sobre la motivación del menor.
4. El terapeuta debe priorizar la sintonía emocional compartida antes que las explicaciones y la comunicación verbal directa.

La confidencialidad con menores tiene límites que hay que explicar

Entre las recomendaciones generales del capítulo de Fonseca sobre el trastorno disocial figura **asegurar la confidencialidad y privacidad** y, a la vez, **ser claro con respecto a sus límites**, porque otros profesionales podrán tener acceso a la información que se comparte. Prometer la confidencialidad de «todas sus conductas» contradice esa pauta, y por eso es la afirmación incorrecta. En la misma lista se pide ajustar la intervención al nivel de desarrollo, contar con que muchos menores **desconfían por experiencias previas negativas** y establecer una relación positiva y de confianza con el niño y con los padres.

1. Es verdadera. El manual advierte de que muchos niños y jóvenes pueden ser desconfiados debido a experiencias previas negativas, y pide tenerlo en cuenta al construir la relación.
2. Es la afirmación falsa, porque la confidencialidad no puede abarcar todas sus conductas y el terapeuta debe explicar sus límites.
3. Se considera verdadera. La tabla 1.5 del mismo manual (Karver et al., 2019) recomienda no forzar al menor a hablar de cuestiones demasiado sensibles ni sacar temas para los que no está preparado, lo que va en la línea de respetar el silencio inicial.
4. Se considera verdadera, aunque las páginas citadas no hablan de sintonía emocional. La tabla 1.5 pide una actitud amistosa, auténtica y poco formal, y también explicar con claridad qué se puede esperar de la terapia.

Ojo. Las opciones 3 y 4 no aparecen como tales en la pág. 336. Para la 3 hay apoyo indirecto en la tabla 1.5 (cap. 1, pág. 57); la 4, priorizar la sintonía emocional, no tiene apoyo en ninguna obra del corpus, y se da por verdadera solo por la clave.

Para fijarlo. Con menores, confidencialidad sí, pero con letra pequeña: hay que contarles qué se puede llegar a compartir.

REFERENCIA OFICIAL
Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 11, pág. 336.

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

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 177, PIR 2025 · n.º 185

188 PATRONES CLÍNICOS

B32 · Trastornos del vínculo

Respuesta correcta: 3

Según el DSM-5-TR, en el trastorno de apego reactivo:

1. Es necesario que el niño tenga una edad de desarrollo de al menos 5 años para realizar el diagnóstico.
2. Se permite especificar el subtipo (evitativo, desinhibido o ambivalente).
3. Es un trastorno poco frecuente, incluso en los casos de negligencia grave. ✓
4. Se puede diagnosticar sin la presencia de un patrón externo de cuidado insuficiente.

El trastorno de apego reactivo es raro incluso con negligencia grave

El DSM-5-TR señala que no se conoce su prevalencia y que se ve con poca frecuencia en la clínica. **Es poco frecuente** y aparece normalmente en **menos del 10 % de los niños desatendidos, incluso en los casos de negligencia grave**. La negligencia social grave es un **requisito** para el diagnóstico y el único factor de riesgo conocido, pero la mayoría de los niños gravemente descuidados no desarrolla el trastorno.

1. La edad de desarrollo mínima es de 9 meses (criterio G), porque antes el niño aún no puede formar vínculos selectivos. Los 5 años son el límite contrario, ya que el trastorno debe ser evidente antes de esa edad (criterio F).
2. El DSM-5-TR solo permite especificar si es persistente (más de 12 meses) y si es grave. No hay subtipos, y el patrón desinhibido corresponde a otro diagnóstico, el trastorno de relación social desinhibida.
3. Es literal del manual.
4. El criterio C exige un patrón extremo de cuidado insuficiente (negligencia, cambios repetidos de cuidadores o crianza en instituciones), y el criterio D supone que ese cuidado causa la alteración.

> **Para fijarlo.** Sin negligencia no hay diagnóstico, pero con negligencia casi nunca aparece: menos de 1 de cada 10.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 295-297.

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

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 27

189 PATRONES CLÍNICOS

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 1

Según el DSM-5-TR, el diagnóstico diferencial entre el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA):

1 Los síntomas afectivos del TDDEA son relativamente raros en los niños con TND. ✓

2 Los rasgos claves del TND son los accesos de cólera y la persistencia del ánimo irascible entre los ataques.

3 Se recomienda diagnosticar los dos trastornos si un niño cumple los criterios para ambos.

4 El diagnóstico de TND requiere la presencia de los síntomas en, al menos, dos contextos diferentes.

Los síntomas afectivos del TDDEA son raros en el TND

En el diagnóstico diferencial del **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo** (TDDEA), el DSM-5-TR explica que los síntomas del trastorno negativista desafiante (TND) aparecen normalmente en los niños con TDDEA, pero **los síntomas afectivos del TDDEA son relativamente raros en los niños con TND**. Por eso la mayoría de los niños con TDDEA cumplen también los criterios del TND, mientras que solo **alrededor del 15 %** de los niños con TND cumplen los del TDDEA. Cuando se cumplen los dos, **solo se diagnostica el TDDEA**.

1 Es literal del DSM-5-TR.

2 Los ataques de cólera graves y frecuentes y la alteración persistente del ánimo entre ellos son los rasgos clave del TDDEA, los que justifican ese diagnóstico en un niño que también cumple los criterios del TND.

3 Si un niño cumple los criterios de los dos, solo se debe diagnosticar el TDDEA. El propio criterio C del TND excluye el diagnóstico cuando se cumplen los criterios del TDDEA.

4 Es al revés. El TND puede limitarse a un solo entorno, que es lo que define la gravedad leve, y es frecuente que los síntomas aparezcan solo en casa. El que exige dos entornos, uno con alteración grave y otro con alteración leve o moderada, es el TDDEA.

TND Y TDDEA EN EL DSM-5-TR

	Trastorno negativista desafiante	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
Ataques de cólera graves y frecuentes y alteración persistente del ánimo entre los ataques	Los síntomas afectivos del TDDEA son relativamente raros	Rasgos clave que garantizan el diagnóstico
Entornos	Leve: los síntomas se limitan a un entorno; moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos; grave: en tres o más entornos	Alteración grave en, al menos, un entorno y alteración leve o moderada en un segundo entorno
Cumplimiento de los criterios del otro trastorno	Solo en aproximadamente un 15 % se cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	La mayoría cumple también los criterios del trastorno negativista desafiante
Cuando se cumplen los criterios de los dos diagnósticos	Criterio C: no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Solo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Fuente: DSM-5-TR, págs. 181 y 523

Para fijarlo. Todo TDDEA es casi siempre también TND, pero solo 15 de cada 100 TND son TDDEA; y si coinciden, gana el TDDEA.

REFERENCIA OFICIAL

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 181 y 523.

EN EL ATLAS

Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 213, PIR 2024 · n.º 193, PIR 2025 · n.º 184, PIR 2025 · n.º 186

190

PATRONES CLÍNICOS

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

Respecto a las diferencias de género en adolescentes con consumo de sustancias:

1. Los chicos con problemas de abuso de sustancias presentan una mayor influencia frente al consumo que realizan los iguales.
2. El progreso desde el consumo experimental o inicial hasta el consumo problemático sucede de forma más rápida en las chicas. ✓
3. En los recursos de tratamiento para adolescentes con esta problemática, la representación de hombres y mujeres que acuden reflejan la prevalencia de consumo en esta población.
4. Los chicos con problemas de consumo de sustancias presentan habitualmente más problemas psicológicos comórbidos.

En las chicas el paso al consumo problemático es más rápido

Fonseca dedica un apartado a las **diferencias de género** en los adolescentes con conductas adictivas. Las prevalencias de consumo de las principales sustancias apenas difieren, pero los perfiles sí. Diversos estudios indican que **el progreso desde el consumo experimental hasta el problemático es más rápido en las chicas**, un fenómeno conocido como **telescoping**. Ellas presentan además más problemas psicológicos comórbidos, más consumo problemático, más historias familiares de abuso de sustancias o desestructuración y más influencia de los iguales. Los chicos destacan por los problemas externalizantes y de conducta.

1. La mayor influencia de los iguales sobre el consumo se describe en las chicas en tratamiento, no en los chicos.
2. Es el telescoping, que el manual recoge con esas mismas palabras.
3. Los servicios para adolescentes tienen una clara sobrerrepresentación de chicos: las chicas pueden suponer solo entre el 10 % y el 35 % de quienes reciben tratamiento, y el manual subraya que esa proporción no se corresponde con los datos de prevalencia.
4. Son las chicas las que presentan habitualmente más problemas psicológicos comórbidos, sobre todo internalizantes como la depresión. Los chicos presentan más problemas externalizantes y de conducta.

Ojo. La pregunta 148 del mismo examen usa el mismo concepto de telescoping en el trastorno de juego.

Trampa. Las opciones 1 y 4 atribuyen a los chicos rasgos que el manual describe en las chicas.

Para fijarlo. Telescoping: ellas llegan antes al problema, con más comorbilidad, y aun así llegan menos al tratamiento.

REFERENCIA OFICIAL	Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 21, pág. 664.
EN EL ATLAS	Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 192, PIR 2025 · n.º 148

191

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C20 · Intervención psicológica en conducta suicida

Respuesta correcta: 2

Respecto a la Terapia Dialéctico Conductual para adolescentes (DBT-A; Miller, et al., 2007):

1. No se ha demostrado que a largo plazo se mantenga la menor frecuencia de autolesiones.
2. La desesperanza es una variable moderadora del efecto positivo y significativo de la DBT-A. ✓
3. Tiene como objetivo principal reducir la ideación autolítica a través de técnicas de reestructuración cognitiva.
4. Es una intervención breve diseñada específicamente para disminuir el riesgo de intentos de suicidio en adolescentes después del alta hospitalaria.

En la DBT-A la desesperanza modera el efecto del tratamiento

Fonseca repasa los ensayos de la **DBT-A** (Miller, Rathus y Linehan, 2007). En el de Mehlum y colaboradores, la DBT-A superó al tratamiento habitual en autolesiones, ideación suicida y síntomas depresivos, y mantuvo **la menor frecuencia de autolesiones a largo plazo**. En el seguimiento a tres años solo se mantuvo esa diferencia en las autolesiones, y **la desesperanza se reveló como una variable moderadora del efecto positivo y significativo de la DBT-A**. Por eso el manual propone abordar la desesperanza, junto con las autolesiones, como diana terapéutica. Con estos ensayos y el de McCauley et al. (2018), la DBT-A recibe el máximo nivel de evidencia y de recomendación.

1. Es al revés. El manual afirma que la DBT-A mantiene la menor frecuencia de autolesiones a largo plazo, y a los tres años de seguimiento seguía siendo superior al tratamiento habitual en esa variable.
2. Es literal del manual.
3. Su objetivo principal es reducir las conductas autolíticas y las tentativas de suicidio mediante habilidades de regulación emocional, tolerancia a la frustración y la construcción de una vida que merezca la pena ser vivida. El manual no la plantea como reestructuración cognitiva de la ideación.
4. Describe el programa ASAP (As Safe As Possible), una intervención breve hospitalaria diseñada para reducir los intentos de suicidio tras el alta. La DBT-A es un tratamiento multicomponente con terapia individual, sesiones familiares y grupales semanales, apoyo telefónico y supervisión del equipo.

Trampa. La opción 4 es la definición literal de otra intervención del mismo capítulo, el ASAP.

Para fijarlo. DBT-A: autolesiones que bajan y se mantienen; la desesperanza decide cuánto funciona.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 19, págs. 587-594.

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 2024 · n.º 181, PIR 2024 · n.º 182, PIR 2025 · n.º 168

192

PATRONES CLÍNICOS

B6 · Adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

Una diferencia fundamental entre el consumo de sustancias en población adulta y adolescente es que:

1. En la adolescencia, hay una menor experiencia tanto de las consecuencias negativas asociadas al consumo, como de los reforzadores. ✓
2. En la edad adulta, la percepción de riesgo y de gravedad del patrón de consumo es menor que en la adolescencia.
3. En la adolescencia, hay una mayor búsqueda de ayuda e intención de cambio del consumo problemático que en la edad adulta.
4. En la edad adulta, hay una mayor tasa de abandonos de los tratamientos que en la adolescencia.

El adolescente tiene menos experiencia de las consecuencias y de los reforzadores del consumo

Fonseca advierte de que los criterios del DSM-5 y de la CIE-11 para las adicciones están pensados para adultos y explica por qué su uso en adolescentes tiene limitaciones. En primer lugar, el **tiempo de uso de las sustancias es menor**, así que hay **menos experiencia tanto de las consecuencias negativas** (abstinencia, problemas físicos o interpersonales) **como de los reforzadores** del consumo (sentirse bien, eufórico o relajado). En segundo lugar, el consumo es sobre todo una actividad social y depende de la **presión de grupo**. Y además la **percepción de riesgo y de gravedad es menor** a estas edades, lo que lleva a **buscar menos ayuda** y a **abandonar más los tratamientos**.

1. Es la primera diferencia que señala el manual.
2. Es al revés: la percepción de riesgo y de gravedad es menor en la adolescencia.
3. Precisamente por esa menor percepción de riesgo, los adolescentes buscan menos ayuda y tienen menos intención de cambio.
4. La mayor tasa de abandono de los tratamientos corresponde a los adolescentes.

Trampa. Las opciones 2, 3 y 4 invierten la comparación: atribuyen al adulto lo que el manual dice del adolescente, o al revés.

Para fijarlo. El adolescente consume menos tiempo, por los amigos, sin ver el riesgo; por eso pide menos ayuda y abandona más.

REFERENCIA OFICIAL — Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 21, págs. 657-658.

EN EL ATLAS — Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca I/A (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 190

193

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 4

Teniendo en cuenta la teoría de Asch, ¿cómo se denomina al efecto de adaptar la información contradictoria que recibimos de una persona a la impresión previa que teníamos de ella?:

1 Efecto de recencia.

2 Efecto de asimilación de atributos.

3 Efecto de inferencia previa.

4 Efecto de primacía. ✓

Para Asch, el primer rasgo tiñe a los que vienen detrás

Gaviria presenta el modelo de **configuración gestáltica** de Asch: la persona se forma una idea general del otro y, cuando recibe información contradictoria, la resuelve **cambiando mentalmente el significado** de alguno de los rasgos para que encaje. Al hablar del orden de la información, el manual distingue el **efecto de primacía**, cuando pesan más los rasgos que aparecen al principio, del de **recencia**, cuando pesan más los últimos. El modelo de Asch explica la primacía porque el primer rasgo **«sesga» o marca todos los que vienen a continuación**, que se interpretan a su luz.

1 En el efecto de recencia pesa más la información que llega al final, lo contrario de lo que describe el enunciado. Aparece con información más viva o relevante, o cuando pasa mucho tiempo entre la primera y la última.

2 El manual no recoge ningún efecto con ese nombre. Al tratar el contenido de la percepción, los efectos de orden que estudia son la primacía y la recencia.

3 Tampoco figura en el manual. Que lo primero condicione lo siguiente es, precisamente, el efecto de primacía.

4 Es el efecto que explica el modelo de Asch.

Ojo. Las dos obras oficiales, Ovejero (2018) y Marín y Martínez-Pecino (2012), no están en el corpus del Atlas. La respuesta se sostiene con Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 4.

Para fijarlo. Primacía: la primera impresión pone las gafas con las que se lee todo lo demás.

REFERENCIA OFICIAL: Ovejero Bernal, A. (2018). Psicología social: algunas claves para entender la conducta humana. Biblioteca Nueva. Pág. 63. Marín, M. M. y Martínez-Pecino, R. (2012). Introducción a la psicología social. Pirámide. Págs. 73-74.

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

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 196, PIR 2025 · n.º 199

194

PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 3

¿Cuál de los siguientes factores puede explicar la "facilitación social" ?:

1 El liderazgo.

2 La desconexión moral.

3 La aprehensión por la evaluación. ✓

4 La atracción social.

La aprensión por la evaluación explica la facilitación social

Molero y colaboradores repasan las explicaciones de por qué la presencia de otros mejora el rendimiento (**facilitación social**) o lo empeora (inhibición social). Una de ellas es el modelo de la **aprensión por la evaluación** de Cottrell: la facilitación aparece cuando las personas perciben que quienes las observan **están atentos a su ejecución**, y no aparece cuando no prestan atención. La activación surge porque la persona es consciente de que **puede ser evaluada** y dirige ese aumento de activación a la tarea. El efecto se produce tanto si se espera un feedback negativo como positivo.

1 El liderazgo no figura entre las explicaciones de la facilitación social que repasa el manual.

2 Tampoco es una explicación de la facilitación social. Gaviria trata la desconexión moral como un proceso cognitivo relacionado con la agresión, que reduce la autocensura.

3 Es el modelo de Cottrell.

4 La atracción social no aparece entre los procesos que explican los efectos del público en el rendimiento.

EXPLICACIONES DE LOS EFECTOS DEL PÚBLICO EN EL RENDIMIENTO

Explicación	Idea central
Teoría del impulso (Zajonc)	Nos mostramos alerta ante la presencia de otros de manera instintiva; ese estado funciona como un impulso para la respuesta dominante
Distracción-conflicto	La presencia de otras personas produce activación y nos distrae, creando un conflicto atencional
Incertidumbre	Sentimiento de incertidumbre en una situación en la que existen otros individuos presentes; se mantiene un alto nivel de alerta
Aprensión por la evaluación (Cottrell)	La activación aparece cuando las personas son más conscientes de que pueden ser evaluadas por los demás
Autoconciencia	Se hace saliente la diferencia entre cómo realizamos una tarea («yo» real) y cómo nos gustaría realizarla («yo» ideal)
Autoeficacia	Lo importante es la valencia positiva o negativa esperada de la evaluación
Consecuencias atencionales	Cuando hay una sobrecarga de estímulos, estrechamos nuestra atención y nos concentramos solo en unos pocos

Fuente: Molero et al. (2017), cap. 7, págs. 225-230

Ojo. La pág. 272 de Hogg y Vaughan (2010) que cita el Ministerio no es visible en el PDF del corpus, que es una vista previa parcial. Ovejero (2018) no está en el corpus. La respuesta se sostiene con Molero et al. (2017), Base del tema M6.

Para fijarlo. Lo que activa es saber que me pueden juzgar.

REFERENCIA OFICIAL: Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Pág. 272. Ovejero Bernal, A. (2018). Psicología social: algunas claves para entender la conducta humana. Biblioteca Nueva. Pág. 109.

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

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 234, PIR 2017 · n.º 229

195

PSICOLOGÍA SOCIAL

M3 · Actitudes y disonancia cognitiva

Respuesta correcta: 1

Las teorías de la acción razonada y de la conducta planeada para explicar el vínculo entre la actitud y la conducta, señalan cuatro factores que intervienen en la conducta. ¿Cuáles son dichos factores?:

1. Las actitudes hacia la conducta, las normas subjetivas, el control conductual percibido y la intención conductual. ✓
2. La motivación, la accesibilidad de la actitud, la recompensa intrínseca y la autoeficacia.
3. La fuerza de la actitud, la planificación de la conducta, la autopercepción y la identidad social.
4. El conocimiento previo, la fuerza de la actitud, la autoidentidad y la presión social.

La conducta depende de la actitud, la norma subjetiva, el control percibido y la intención

Hogg y Vaughan describen la **teoría de la acción razonada** de Fishbein y Ajzen con estos componentes: la **norma subjetiva** (lo que el individuo percibe que piensan los otros significativos), la **actitud hacia la conducta** (sus creencias sobre esa conducta y cómo las evalúa), la **intención conductual** (una declaración interna para actuar) y la propia conducta. Ajzen la amplió en la **teoría de la conducta planificada** añadiendo el **control conductual percibido**, el grado de facilidad o dificultad que la persona percibe para realizar la acción, que puede actuar sobre la intención o directamente sobre la conducta. En Gaviria, la intención está determinada por un factor personal (la actitud hacia la conducta) y otro social (la norma subjetiva), y la ampliación añade el control percibido.

1. Son los cuatro factores de las dos teorías.
2. La motivación y la accesibilidad de la actitud pertenecen al modelo MODE de Fazio, donde la motivación y la oportunidad determinan si la actitud guía la conducta de forma espontánea o elaborada.
3. La fuerza de la actitud es otra variable, que según Gaviria depende de su importancia, del conocimiento del objeto y de su accesibilidad; ninguno de estos elementos forma parte de la acción razonada.
4. Ninguno de estos elementos figura entre los componentes de las dos teorías.

Ojo. Baron y Byrne (2005), la segunda obra oficial, no está en el corpus. La pág. 159 de Hogg y Vaughan no es visible en el PDF del corpus; la 158 sí.

Para fijarlo. Quiero (actitud), me lo piden (norma), puedo (control) y lo voy a hacer (intención).

REFERENCIA OFICIAL: Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 5, págs. 158-159. Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). Psicología social (10.ª ed.). Prentice Hall. Pág. 138.

EN EL ATLAS: Tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva. Se estudia con Hogg y Vaughan (Consulta) y 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 2024 · n.º 68

196

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 2

¿Cómo se denomina a la tendencia a almacenar o recordar información positiva cuando la persona se halla en estado de ánimo positivo y de almacenar o recordar información negativa cuando se halla en estado de ánimo negativo?:

1 Hipótesis del recuerdo dependiente del estado de ánimo.

2 Hipótesis del recuerdo congruente con el estado de ánimo. ✓

3 Hipótesis del recuerdo contaminante.

4 Hipótesis del recuerdo reactante.

Recordar lo que encaja con el estado de ánimo es el recuerdo congruente

Gaviria explica que se atiende, se procesa y se recupera mejor la información **congruente con el estado de ánimo**. La congruencia se da entre el estado emocional en el momento de recuperar y la **valencia** de lo que se recuerda, de modo que tendemos a recordar información positiva cuando estamos de buen humor y negativa cuando estamos de mal humor. Su glosario lo define como la tendencia a percibir, procesar o recordar información positiva con un estado de ánimo positivo, y negativa con uno negativo. Los efectos del ánimo positivo son más fuertes, salvo en la depresión crónica.

1 La memoria dependiente del estado de ánimo es otra cosa. Baddeley y colaboradores la definen por la coincidencia entre el estado de ánimo durante la codificación y durante la recuperación, y no tanto por la congruencia entre lo que se recuerda y el estado de ánimo al recuperarlo.

2 Es la congruencia con el estado de ánimo, tal como la definen Gaviria y Baddeley.

3 No es una hipótesis del recuerdo. Gaviria habla de contaminación mental en otro sentido: la información cargada emocionalmente es difícil de ignorar y «contamina» los juicios.

4 Ninguna de las obras del corpus recoge una hipótesis con ese nombre.

Ojo. Las dos obras oficiales, Baron y Byrne (2005) y Morales et al. (2007), no están en el corpus. Gaviria, López y Cuadrado (2019) reproducen la figura de Baron y Byrne sobre este efecto (pág. 73).

Para fijarlo. Congruente es recordar lo que se parece a cómo me siento; dependiente, recordar mejor si me siento como cuando lo aprendí.

REFERENCIA OFICIAL: Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). Psicología social (10.ª ed.). Prentice Hall. Págs. 108-109. Morales, J. F., Gaviria, E., Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). Psicología social (3.ª ed.). McGraw-Hill. Págs. 150-151.

EN EL ATLAS: Tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución. Se estudia con Gaviria (Base). Baddeley es Base del tema I6 · Memoria.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 193, PIR 2025 · n.º 199

197

PSICOLOGÍA SOCIAL

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

Respuesta correcta: 1

En relación con la agresión, ¿qué teoría plantea que la activación producida en una situación pueda persistir e intensificar las reacciones emocionales ocurridas en situaciones posteriores?:

1. Teoría de la transferencia de la excitación (Zillmann, 1977, 1988). ✓
2. Teoría de la agresión desplazada (da Gloria et al., 1994).
3. Teoría de la frustración-agresión ((Dollar et al., 1939).
4. Teoría general de la agresión humana (Andreson et al., 1996).

La activación residual de una situación se transfiere a la siguiente

Hogg y Vaughan presentan el modelo de la **transferencia de la excitación** de Zillmann. La expresión de la agresión depende de un comportamiento agresivo aprendido, de una **excitación procedente de otra fuente** y de la interpretación que hace la persona de ese estado de activación. La **estimulación residual se transfiere de una situación a otra** y facilita una respuesta agresiva. El ejemplo del manual es el de un estudiante que sale del gimnasio todavía activado y explota verbalmente cuando otro conductor le quita el aparcamiento. Gaviria añade que la transferencia solo se produce si los dos episodios están cerca en el tiempo y la persona ya no es consciente del origen de la primera activación.

1. Es el modelo de Zillmann.
2. En el desplazamiento la agresión se redirige hacia un tercero, normalmente porque no es posible vengarse del provocador. Gaviria lo liga a la rumiación y lo distingue expresamente de la transferencia de la excitación.
3. La frustración-agresión de Dollard y colaboradores (1939) explica la agresión como un impulso que se activa cuando un agente externo impide alcanzar una meta. No habla de activación que pasa de una situación a otra.
4. El modelo general de agresión de Anderson y Bushman integra factores personales y situacionales que provocan procesos afectivos, cognitivos y de activación. Recoge la excitación, pero no es la teoría específica de su transferencia.

TRANSFERENCIA DE LA EXCITACIÓN Y DESPLAZAMIENTO POR RUMIACIÓN

	Transferencia de la excitación (Zillmann)	Desplazamiento de la agresión por rumiación
Causa de la activación	Si la persona tiene claro cuál ha sido la causa de la activación generada por el primer episodio, no se produce transferencia	Consiste en pensar constantemente en la primera provocación
Tiempo	Solo si entre los dos sucesos hay un intervalo de tiempo corto (inferior a 10 minutos)	Mantiene sus efectos durante un periodo mucho más largo
Nivel de agresión	Suele aumentar el nivel de agresión hacia el que ha provocado a la persona	Hacia un tercero, como ocurre con el desplazamiento de la agresión

Fuente: Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 10, págs. 288-289

Ojo. Baron y Byrne (2005), la otra obra oficial, no está en el corpus.

Para fijarlo. Zillmann: la activación del gimnasio llega hasta el aparcamiento.

REFERENCIA OFICIAL

Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). Psicología social (10.ª ed.). Prentice Hall. Págs. 460-461. Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 12, pág. 452.

EN EL ATLAS

Tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión. Se estudia con Hogg y Vaughan (Consulta) y Gaviria (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 198

198

PSICOLOGÍA SOCIAL

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

Respuesta correcta: 4

¿En qué consiste el "efecto espectador" cuando se hace referencia al comportamiento prosocial?:

1. Es más probable que una persona espectadora ayude en una emergencia, si siente compasión por la persona que necesita ayuda.
2. Es más probable que una persona espectadora ayude en una emergencia, si considera que ello le permitirá librarse de un estado emocional negativo.
3. Es más probable que una persona espectadora acompañada de otras ayude en una emergencia, que cuando está sola.
4. Es más probable que una persona espectadora solitaria ayude en una emergencia, que cuando está acompañada de otras. ✓

Cuantos más espectadores, menos probable es la ayuda

El **efecto de los espectadores** procede de la línea de investigación de **Darley y Latané**, iniciada tras el caso de Kitty Genovese. Su hipótesis, contraria al sentido común, era que la ayuda es menos probable cuando hay más gente presente. El glosario de Gaviria lo define como el fenómeno por el que **la tendencia a ayudar disminuye cuantas más personas están presentes**, y además aumenta el tiempo que tarda alguien en decidirse a ayudar. Puede deberse a la **difusión de la responsabilidad** o a la **ignorancia pluralizada**, entre otros procesos. Hogg y Vaughan describen el experimento «tres en uno» de Latané y Darley, cuya condición básica es estar solo.

1. La compasión ante quien necesita ayuda corresponde a la preocupación empática del modelo de empatía-altruismo de Batson, que es otra explicación de la conducta de ayuda.
2. Ayudar para librarse de un estado emocional negativo es el modelo del alivio del estado negativo de Cialdini, también ajeno al efecto espectador.
3. Es justo lo contrario del efecto espectador.
4. Es la definición del efecto.

Ojo. La pág. 541 de Hogg y Vaughan que cita el Ministerio no es visible en el PDF del corpus, y Morales et al. (2007) no está en él. La definición se toma del glosario de Gaviria, López y Cuadrado (2019).

Para fijarlo. En una emergencia, cuantos más miran, menos ayudan: cada uno cree que lo hará otro.

REFERENCIA OFICIAL: Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 14, pág. 541. Morales, J. F., Gaviria, E., Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). Psicología social (3.ª ed.). McGraw-Hill. Pág. 405.

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

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 147, PIR 2023 · n.º 199, PIR 2024 · n.º 71, PIR 2025 · n.º 197

199

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 4

¿Según Jones y Niesbett (1972), cómo se denomina a la tendencia a atribuir nuestras propias conductas a factores externos y las conductas de los demás a factores internos?:

1 Efecto de la comparación atribucional.

2 Efecto de la polarización atribucional.

3 Efecto del locus de control.

4 Efecto actor-observador. ✓

El actor culpa a la situación y el observador, a la forma de ser del actor

Gaviria describe la **asimetría en las atribuciones del actor y del observador** (Jones y Nisbett, 1972). El **observador** tiende a atribuir la conducta del actor a **disposiciones personales**, y el **actor** explica la suya aludiendo **al contexto**, sobre todo cuando el resultado es negativo. Se ha explicado por diferencias en el **foco de atención** (el observador mira al actor y el actor mira la situación), en la **información** disponible y en la **motivación**. Hogg y Vaughan recogen las dos primeras explicaciones y atribuyen la de las diferencias de información a Jones y Nisbett.

1 Gaviria no recoge ningún efecto con ese nombre entre los sesgos de atribución.

2 Tampoco aparece entre los sesgos de atribución que estudia Gaviria.

3 Gaviria no recoge el locus de control entre los sesgos de atribución. El enunciado describe una asimetría entre la explicación de la conducta propia y la de la ajena, que es lo que define el efecto actor-observador.

4 Es el efecto actor-observador.

Ojo. La pág. 93 de Hogg y Vaughan que cita el Ministerio no es visible en el PDF del corpus; la 94 sí, y recoge las explicaciones del efecto. Morales et al. (2007) no está en el corpus.

Para fijarlo. Si tropiezo yo, el suelo estaba mal; si tropiezas tú, eres torpe.

REFERENCIA OFICIAL: Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 3, pág. 93. Morales, J. F., Gaviria, E., Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). Psicología social (3.ª ed.). McGraw-Hill. Pág. 284.

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

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 108, PIR 2025 · n.º 193, PIR 2025 · n.º 196

200

PSICOLOGÍA SOCIAL

M8 · Relaciones intergrupales

Respuesta correcta: 2

El saber que un miembro del propio endogrupo ha establecido una relación estrecha con un miembro del exogrupo puede mejorar las actitudes hacia el exogrupo y reducir los prejuicios hacia éste. ¿Cómo se denomina a este efecto?:

1. Efecto de vinculación.
2. Efecto del contacto extendido. ✓
3. Efecto de distintividad óptima.
4. Efecto de identidad endogrupal.

Saber que un amigo del endogrupo tiene un amigo del exogrupo reduce el prejuicio

Gaviria distingue tres formas de **contacto indirecto**: **extendido** (saber que un miembro de nuestro grupo es amigo de uno del exogrupo), **vicario** (observar esa interacción) e **imaginado** (imaginarnos interactuando con alguien del exogrupo). La **hipótesis del contacto extendido** de Wright, Aron, McLaughlin-Volpe y Ropp (1997) sostiene que el mero hecho de saber que un miembro del endogrupo mantiene una relación cercana positiva con uno del exogrupo puede reducir el conflicto intergrupal. Al comprobarlo, disminuían las actitudes intergrupales negativas y aumentaban las positivas.

1. No es un término que recoja el manual entre las formas de contacto ni entre las estrategias de mejora de las relaciones intergrupales.
2. Es la hipótesis de Wright y colaboradores.
3. La distintividad óptima de Brewer, que recoge Molero, explica el favoritismo endogrupal por dos necesidades opuestas, la de diferenciación del yo y la de inclusión en una unidad social más amplia. No trata de la reducción del prejuicio por contacto.
4. Lo más parecido en el manual es el modelo de la identidad endogrupal común, que reduce el prejuicio creando una categoría superior que englobe a los dos grupos (recategorización). Es otra estrategia, que no se basa en saber de la amistad de otro.

FORMAS DE CONTACTO INTERGRUPAL INDIRECTO

Forma	En qué consiste
Extendido	Saber que un miembro de nuestro grupo es amigo de un miembro del exogrupo
Vicario	Observar que un miembro del endogrupo interactúa con un miembro del exogrupo
Imaginado	Imaginarnos interactuando con un miembro del exogrupo

Fuente: Gaviria, López y Cuadrado (2019), cap. 13, pág. 376

Ojo. Las págs. 432-433 de Hogg y Vaughan que cita el Ministerio no son visibles en el PDF del corpus, y Baron y Byrne (2005) no está en él. La respuesta se sostiene con Gaviria, López y Cuadrado (2019), Base del tema M8.

Para fijarlo. Extendido: los amigos de mis amigos son mis amigos.

REFERENCIA OFICIAL

Hogg, M. A. y Vaughan, G. M. (2010). Psicología social (5.ª ed.). Panamericana. Cap. 11, págs. 432-433.
Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). Psicología social (10.ª ed.). Prentice Hall. Págs. 242-243.

EN EL ATLAS

Tema M8 · Relaciones intergrupales. Se estudia con Gaviria (Base).

201

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 3

Según lo establecido en los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA y NCME, 2014), indique cuál de las siguientes alternativas NO se considera una evidencia de validez:

1 Evidencias basadas en el contenido.

2 Evidencias basadas en los procesos de respuesta.

3 Evidencias basadas en la fiabilidad de las puntuaciones. ✓

4 Evidencias basadas en la relación con otras variables.

La fiabilidad no es una fuente de evidencia de validez

Muñiz repasa las evidencias de validez **que citan expresamente los estándares** de la AERA, la APA y el NCME (1999, 2014), aunque aclara que cualquier otra obtenida con método científico es igual de legítima. Son cinco: evidencias de **contenido**, de **procesos de respuesta**, de **estructura interna**, de **relaciones con otras variables** (convergencia y discriminación, predicción del criterio y generalización de la validez) y de **consecuencias del uso de los test**, esta última incluida por primera vez en los estándares de 1999. La **fiabilidad** no figura en esa lista porque es otra propiedad de las puntuaciones. En la matriz multirrasgo-multimétodo, por ejemplo, los coeficientes de fiabilidad ocupan la diagonal principal, separados de los valores de validez convergente y discriminante.

1 Las evidencias de contenido son, según Muñiz, el punto de partida de todo proceso de validación.

2 Los procesos de respuesta son otra fuente recogida por los estándares; buscan entender cómo llega la persona a su puntuación.

3 Es la única de las cuatro que no figura entre las fuentes de evidencia de los estándares.

4 Las relaciones con otras variables, que incluyen las evidencias convergentes y discriminantes, la predicción del criterio y la generalización de la validez, son una de las cinco fuentes.

Ojo. El Ministerio cita Martínez Arias et al. (2007), Alianza. En el corpus está la edición de 2006 de la misma obra, y su índice sitúa las fuentes de evidencia de validez (contenido, procesos de respuesta, estructura interna y relaciones con otras variables) entre las págs. 229 y 244, igual que la cita oficial.

Para fijarlo. Las cinco fuentes de validez: contenido, procesos, estructura interna, relaciones con otras variables y consecuencias. La fiabilidad va aparte.

REFERENCIA OFICIAL
Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 103-107.
Martínez Arias, R. et al. (2007). Psicometría. Alianza. Págs. 229-244.

EN EL ATLAS
Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Muñiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 45

202

PSICOBIOLOGÍA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 3

¿Cuál es la función principal que se atribuye al sistema parvocelular del núcleo geniculado lateral, según su organización laminar?:

1. Recibir la totalidad de las aferencias del ojo ipsilateral en las capas 1, 4 y 6.
2. Es el centro fundamental para la coordinación de la información sensorial olfatoria.
3. Es responsable del análisis de los detalles finos de la imagen y de la percepción del color. ✓
4. Se especializa en la sensibilidad al movimiento y en la percepción de las características generales del estímulo.

Las capas parvocelulares analizan los detalles finos y el color

El **núcleo geniculado lateral** del tálamo tiene seis capas. Las capas 1 y 2 son **magnocelulares** (células grandes) y las restantes, **parvocelulares** (células pequeñas). Cada capa recibe aferencias de un solo ojo: la 1, la 4 y la 6, del contralateral, y la 2, la 3 y la 5, del ipsilateral. Las neuronas magnocelulares tienen campos receptivos grandes y contribuyen a percibir las características generales del estímulo y el movimiento. Las **parvocelulares**, con campos receptivos pequeños, intervienen en la percepción de la **forma y el color** y son las responsables del **análisis de los detalles finos de la imagen**.

1. Las capas 1, 4 y 6 reciben las aferencias del ojo contralateral, no del ipsilateral. Además, las capas 1 y 2 son magnocelulares, así que esa combinación no corresponde al sistema parvocelular.
2. El núcleo geniculado lateral es el relevo de la vía visual. La información olfatoria es precisamente la excepción, porque alcanza directamente la corteza cerebral.
3. Es la función que el manual atribuye a las capas parvocelulares.
4. El movimiento y las características generales del estímulo corresponden al sistema magnocelular.

> **Para fijarlo.** Magno, células grandes para el movimiento y el conjunto; parvo, células pequeñas para el detalle y el color.

REFERENCIA OFICIAL

Abril Alonso, A. et al. (2009). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 473-474. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Págs. 267-268.

EN EL ATLAS

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

203

PATRONES CLÍNICOS

B22 · Trastornos neurocognitivos

Respuesta correcta: 3

La familia de J. está desbordada. En los últimos meses, ha experimentado dificultades de rendimiento en su trabajo habitual de asesor financiero, teniendo que ser supervisado y reasignado a tareas más simples. Se ha separado de su mujer y ha perdido miles de euros en una supuesta relación sentimental por internet, que sigue considerando real. Ha desarrollado conductas compulsivas (fumar y consumir refrescos) y muestra frialdad emocional con su familia. Según el DSM-5-TR, ¿cuál es el diagnóstico de J.?

1. Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor probable.
2. Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve probable.
3. Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor posible. ✓
4. Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve posible.

Si pierde autonomía es mayor; sin prueba genética ni neuroimagen, posible

El caso tiene la **variante comportamental** del trastorno neurocognitivo frontotemporal, con desinhibición, conductas compulsivas y pérdida de empatía. La primera cuestión es si es **mayor o leve**. En el mayor, los déficits cognitivos **interfieren con la autonomía** en las actividades cotidianas, y la persona necesita asistencia al menos en las instrumentales complejas; en el leve no interfieren, aunque exigen más esfuerzo. J. ha tenido que ser supervisado y reasignado en el trabajo y ha perdido miles de euros, así que es **mayor**. La segunda es si es **probable o posible**. Es probable si hay evidencias de una **mutación genética** causante o de una **afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal en la neuroimagen**, y si no las hay, es **posible**. El caso no menciona ninguna de las dos, así que el diagnóstico es trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor posible.

1. La gravedad es correcta, pero para hablar de probable haría falta una mutación genética o una prueba de neuroimagen, que el caso no menciona.
2. Falla dos veces: la pérdida de autonomía hace que sea mayor, y sin pruebas solo puede ser posible.
3. Mayor, por la interferencia en la vida diaria, y posible, porque no hay pruebas genéticas ni de neuroimagen.
4. El grado de certeza es correcto, pero los déficits sí interfieren con su autonomía, así que no es leve.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO FRONTOTEMPORAL: LAS DOS DECISIONES DEL DSM-5-TR

Distinción	Criterio del DSM-5-TR
Mayor	Deterioro sustancial; los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas
Leve	Deterioro moderado; los déficits no interfieren en la capacidad de independencia, aunque necesita hacer un mayor esfuerzo o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación
Probable	Evidencias de una mutación genética causante o de una afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal por neuroimagen
Posible	No hay evidencias de una mutación genética y no se ha hecho un diagnóstico por neuroimagen

Fuente: DSM-5-TR, págs. 679-680 y 695-696

Trampa. Las cuatro opciones combinan las mismas dos dicotomías. Hay que resolver cada una por separado con los datos del caso.

Para fijarlo. Mayor o leve lo decide la autonomía; probable o posible lo decide la prueba.

REFERENCIA OFICIAL — American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Págs. 695-699.

EN EL ATLAS — Tema B22 · Trastornos neurocognitivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 53, PIR 2021 · n.º 87, PIR 2023 · n.º 55

204

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

En el tratamiento de la Bulimia Nerviosa:

1. No hay evidencia a favor del tratamiento con enfoques de autoayuda.
2. El tratamiento tiene un efecto significativo sobre el peso corporal.
3. La mayoría de los pacientes pueden ser tratados a nivel ambulatorio. ✓
4. Las terapias de tercera generación se consideran tratamientos empíricamente validados para la bulimia nerviosa.

La mayoría de las pacientes con bulimia se tratan de forma ambulatoria

Belloch señala que, en la **bulimia nerviosa**, **la mayoría de las pacientes pueden ser tratadas a nivel ambulatorio**, y que la hospitalización total o parcial se reserva para el riesgo de suicidio, las autolesiones, las complicaciones graves o un entorno de apoyo muy desestructurado. Fonseca lo recoge de las guías: la modalidad de elección debe ser la ambulatoria, y cuatro guías proponen criterios de hospitalización para los casos muy serios. En los dos manuales el tratamiento de elección es la **TCC**. Fonseca recoge además la **autoayuda guiada** como primera línea, y Belloch la considera indicada, aunque con menor eficacia.

1. Hay evidencia. Seis guías recomiendan enfoques de autoayuda, la mayoría basados en la TCC, y la NICE propone la autoayuda guiada como primera elección en adultos. Belloch también la incluye entre los tratamientos indicados, aunque con menor eficacia que la TCC.
2. Fonseca pide explicar a todas las personas con bulimia que los tratamientos psicológicos tienen un efecto limitado sobre el peso corporal.
3. Es lo que dicen Belloch y las guías que recoge Fonseca.
4. Un metaanálisis citado por Fonseca (Linardon et al., 2017) concluyó que ninguna terapia de tercera generación cumplía los criterios para considerarse tratamiento empíricamente validado en ningún trastorno alimentario.

> **Para fijarlo.** Bulimia: en consulta, con TCC o autoayuda guiada, y sin prometer cambios de peso.

REFERENCIA OFICIAL Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 490-491. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 434.

EN EL ATLAS Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 134, PIR 2018 · n.º 233, PIR 2021 · n.º 148, PIR 2023 · n.º 116

205

PATRONES CLÍNICOS

B35 · Duelo en la infancia y adolescencia

Respuesta correcta: 3

En el proceso de duelo, los menores entre 6 y 9 años:

1. Aún no pueden entender la universalidad de la muerte, por lo que pueden hacer preguntas inapropiadas o muy repetitivas.
2. Entienden que el concepto de muerte es universal, irreversible y permanente, aunque pueden tratar de mantener una relación con el difunto a través de la fantasía.
3. Suelen entender que no pueden hacer nada para detener la muerte, que es irreversible y universal, pero pueden no aceptar la posibilidad de que les puede ocurrir a sus familiares o a ellos. ✓
4. Los niños se encuentran en la etapa del egocentrismo y del pensamiento mágico y pueden creer que, si hacen algo o lo desean mucho, la persona fallecida puede volver.

Entre los 6 y los 9 años la muerte ya es irreversible y universal, pero no para los suyos

Fonseca describe cómo cambia la comprensión de la muerte con la edad. **Entre los 6 y los 9 años** los niños suelen comprender que no pueden hacer nada para detenerla y que es **irreversible y universal**, aunque **pueden no aceptar todavía que les ocurra a sus familiares o a ellos mismos**. También entienden que el cuerpo deja de funcionar, aunque siguen preguntando por ello, y pueden conservar algo de pensamiento mágico u ocultar sus sentimientos para no parecer infantiles.

1. Corresponde a los menores de 6 años, que no suelen entender la universalidad de la muerte y pueden hacer preguntas inapropiadas o muy repetitivas.
2. Corresponde a los niños de 9 a 12 años, para quienes la muerte ya es universal, irreversible y permanente, aunque pueden mantener una relación con el difunto a través de la fantasía.
3. Es literal del manual para la franja de 6 a 9 años.
4. El egocentrismo y el pensamiento mágico con la idea de que el fallecido puede volver se describen en los menores de 6 años. El manual admite que entre los 6 y los 9 años puede quedar algo de pensamiento mágico, pero sitúa antes de los 6 la etapa del egocentrismo.

COMPRENSIÓN DE LA MUERTE SEGÚN LA EDAD

Edad	Qué entienden
Menores de 6 años	No suelen entender la universalidad de la muerte ni aún el concepto de irreversibilidad; egocentrismo y pensamiento mágico (si hacen algo o lo desean mucho, la persona puede volver)
6 a 9 años	No pueden hacer nada para detener la muerte, que es irreversible y universal, pero pueden no aceptar aún la posibilidad de que les ocurra a sus familiares o a ellos mismos
9 a 12 años	La muerte es universal, irreversible y permanente; pueden tratar de mantener una relación con el difunto a través de la fantasía y comienzan a aceptar que también les puede suceder a ellos
Adolescentes (11-12 a 19 años)	Conscientes de su propia muerte; comprensión cognitiva similar a la de los adultos, aunque su vivencia y expresión emocional puede ser más intensa

Fuente: Fonseca-Pedrero (2021), cap. 23, págs. 735-736

Trampa. Las cuatro opciones son frases casi literales del manual. Lo que cambia es la franja de edad a la que se asignan.

Para fijarlo. Antes de los 6, la muerte tiene vuelta; de 6 a 9, no la tiene, pero no me toca a mí; de 9 a 12, nos toca a todos.

REFERENCIA OFICIAL: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 23, págs. 735-736.

EN EL ATLAS: Tema B35 · Duelo en la infancia y la adolescencia. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 191

206

PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Cuando juego al golf, necesito hacer algunos golpes para meter la pelota en el hoyo, aunque en un primer momento no se con certeza que número de golpes. ¿A qué programa de reforzamiento estoy sometido?:

1. Razón fija.
2. Razón variable. ✓
3. Intervalo variable.
4. Intervalo fijo.

El golf es un programa de razón variable (reserva no utilizada)

El ejemplo es literal de Domjan. En un programa de **razón**, el reforzador depende del **número de respuestas**; en uno de **intervalo**, del **tiempo** transcurrido. Si el número exigido cambia de una vez a otra y no se puede predecir, la razón es **variable**. El manual pone tres ejemplos de la vida cotidiana: el conserje que no sabe cuánto tendrá que limpiar, las máquinas tragamonedas y el golf, donde siempre hacen falta unos golpes para acabar el hoyo pero el jugador no sabe de antemano cuántos.

1. En la razón fija el número de respuestas es siempre el mismo, y el golfista no sabe cuántos golpes necesitará.
2. Lo que se refuerza es un número impredecible de respuestas, que es la razón variable.
3. El hoyo se consigue con golpes y el paso del tiempo no basta, así que no es un programa de intervalo.
4. Tampoco depende de un intervalo fijo de tiempo, porque por mucho que espere el jugador, sin golpes no hay hoyo.

PROGRAMAS DE RAZÓN

	Razón fija	Razón variable
Qué se exige	Un número predecible de respuestas o de esfuerzo por cada reforzador	El número de respuestas que se pide por reforzamiento cambia de una ocasión a la siguiente; no es posible predecirlo
Patrón de respuesta	Patrón de pausa-carrera; pausas más largas y destacadas	Tasa bastante estable; las pausas predecibles son menos probables
Ejemplos	Repartidor de periódicos, lista de asistencia, llamada telefónica, lavar el carro a mano	Conserje, máquina tragamonedas, golf

Fuente: Domjan (2010), cap. 6, págs. 188-191

Ojo. Es una pregunta de reserva que no llegó a usarse: la Bitácora la deja sin puntuar, aunque el Ministerio publicó su clave (2). El Ministerio cita Domjan (2011); el corpus tiene la misma 6.ª edición de Cengage con fecha de 2010, y las páginas coinciden.

Para fijarlo. Pregúntate si el premio llega por hacer o por esperar: hacer es razón y esperar es intervalo.

REFERENCIA OFICIAL: Domjan, M. (2011). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage. Págs. 190-191. Pellón, R. (coord.) (2014). Psicología del aprendizaje. UNED. Págs. 218-219.

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 2024 · n.º 1

207

PATRONES CLÍNICOS

B7 · Adicciones comportamentales | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 1

¿Qué instrumento permite explorar varios tipos de conductas adictivas relacionadas con el uso de sustancias, el juego de apuestas o la adicción a videojuegos?

1. MULTICAGE CAD-4 de Pedrero y cols. (2007). ✓
2. Brief Problem Gambling Screen (BPGS) de Volberg y Williams (2011).
3. Internet Gaming Disorder-20 Test (IGD-20) de Pontes y cols. (2014).
4. Problematic Video Game Playing Scale (PVP) de Salguero y Morán (2002).

El MULTICAGE CAD-4 explora varias conductas adictivas a la vez (reserva no utilizada)

Penadés recoge el **MULTICAGE CAD-4** (Pedrero et al., 2007) entre los instrumentos para las adicciones comportamentales y lo describe como un instrumento que permite **explorar varios tipos de conductas adictivas** relacionadas con el uso de sustancias, el juego de apuestas, la adicción a internet y a los videojuegos, entre otros. Al-Halabí y Fonseca-Pedrero añaden que tiene 32 preguntas, 4 para cada conducta evaluada. Los otros tres instrumentos, por su propio nombre, se centran en una sola conducta.

1. Es el único de los cuatro que explora varias conductas adictivas.
2. Penadés no recoge el BPGS. Como su nombre indica, es un cribado del juego problemático, y para esa conducta el manual cita el SOGS y el PGSI.
3. Caballo describe el IGD-20 como un test de 20 ítems que evalúa los criterios propuestos para el trastorno de juego en internet, una sola conducta.
4. Caballo recoge el PVP (que atribuye a Tejeiro y Morán, 2002) como una medida de aspectos del uso de los videojuegos, también una sola conducta.

Ojo. Es una pregunta de reserva que no llegó a usarse: la Bitácora la deja sin puntuar, aunque el Ministerio publicó su clave (1). El artículo original de Pedrero et al. (2007) no está en el corpus. El BPGS no aparece en ninguna obra del corpus.

Para fijarlo. MULTI-CAGE: el CAGE multiplicado por varias adicciones, cuatro preguntas para cada una.

REFERENCIA OFICIAL

Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M. y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. Trastornos Adictivos, 9(4), 269-278. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 25, pág. 609.

EN EL ATLAS

Tema B7 · Adicciones comportamentales. Se estudia con Penadés (Ampliación) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 147, PIR 2025 · n.º 148, PIR 2025 · n.º 150, PIR 2025 · n.º 151

208

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve

Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de las siguientes influencias teóricas constituye un antecedente de la corriente intersubjetivista del psicoanálisis (R. Stolorow, G. Atwood)?:

1. El modelo lingüístico de J. Lacan.
2. La psicología del self de H. Kohut. ✓
3. La teoría estructural de la personalidad de O. Kernberg.
4. El trabajo de lo negativo, de A. Green.

Los intersubjetivistas parten de la psicología del self de Kohut (reserva no utilizada)

Rodríguez Morejón agrupa bajo el epígrafe de **los intersubjetivistas** a una serie de autores que, **siguiendo las ideas de Kohut**, acaban transformando el psicoanálisis al renunciar a conceptos básicos de la metapsicología freudiana, como el complejo de Edipo o las etapas del desarrollo. Los más destacados son **Robert Stolorow** y **George Atwood**. Rojí y Saúl lo sitúan en la historia del psicoanálisis: la «revolución conceptual» que supone el pensamiento de **Kohut** en su segunda etapa crea las condiciones para las tres grandes perspectivas contemporáneas, la psicología del self, la **teoría intersubjetiva** y el psicoanálisis relacional.

1. Lacan fusiona el psicoanálisis con la lingüística estructural de Saussure («el inconsciente está estructurado como un lenguaje»). Rodríguez Morejón lo presenta como neofreudiano, y Rojí y Saúl lo incluyen entre los autores que no cuestionan las premisas nucleares freudianas.
2. Es el antecedente directo que señalan los dos manuales.
3. Rojí y Saúl presentan a Kernberg como un integrador que tiende un puente entre la psicología del yo y la teoría de las relaciones de objeto, dentro de la tendencia que no cuestiona las premisas freudianas.
4. André Green figura, junto a Lacan y Kernberg, en esa misma tendencia fiel a las premisas nucleares freudianas, y no entre los antecedentes de la corriente intersubjetiva.

Ojo. Es una pregunta de reserva que no llegó a usarse: la Bitácora la deja sin puntuar, aunque el Ministerio publicó su clave (2). En el PDF del corpus de Rodríguez Morejón el apartado está en la pág. 142, no en la 156 que cita el Ministerio. El Ministerio cita Rojí y Saúl (2023); el corpus tiene la edición de 2022, cuyo PDF no muestra la paginación, así que se cita el capítulo.

Para fijarlo. De Kohut sale la intersubjetividad: del self a la relación entre dos subjetividades.

REFERENCIA OFICIAL

Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2023). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Pág. 101. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 4, pág. 156.

EN EL ATLAS

Tema F4 · Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

209

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J8 · Desarrollo moral | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

Según la Teoría del Razonamiento Moral de Kohlberg (Kohlberg, 1969; Lickona, 1976), ¿en qué etapa del desarrollo moral se encuentra una persona que tiende a evaluar la acción del otro de acuerdo con sus motivos e intenciones, tomando en cuenta las circunstancias?:

1. Etapa de propósito instrumental e intercambio.
2. Etapa de mantenimiento de las relaciones mutuas y aprobación de otros. ✓
3. Etapa de interés social y conciencia.
4. Etapa de moralidad de contrato o de los derechos individuales.

Juzgar por los motivos y las circunstancias es la etapa 3 de Kohlberg (reserva no utilizada)

La tabla 11.2 de Papalia y Martorell resume las seis etapas de Kohlberg. En la **etapa 3**, de **mantenimiento de las relaciones mutuas y aprobación de otros** («¿Soy una niña o niño bueno?»), los niños quieren agradar y ayudar, pueden juzgar las intenciones de otros y **evalúan una acción de acuerdo con el motivo de quien la realiza**, y **pueden tomar en cuenta las circunstancias**. Es la primera etapa del nivel convencional.

1. En la etapa 2, de propósito instrumental e intercambio («hoy por ti, mañana por mí»), la acción se examina por las necesidades que satisface, no por las intenciones de quien la realiza.
2. Es la etapa 3, tal como la describe la tabla.
3. En la etapa 4, de interés social y conciencia, una acción siempre está mal si viola una regla o daña a otros, independientemente de los motivos o las circunstancias. Es justo lo contrario del enunciado.
4. En la etapa 5, de moralidad de contrato o de los derechos individuales, las personas piensan en términos racionales y valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad.

TABLA 11.2 DE PAPALIA Y MARTORELL: LAS SEIS ETAPAS DEL RAZONAMIENTO MORAL DE KOHLBERG

Nivel	Etapa	Rasgo clave
I. Moralidad preconvencional (cuatro a 10 años)	1. Orientación hacia el castigo y la obediencia	Obedecen las reglas para evitar el castigo; ignoran los motivos de un acto
I. Moralidad preconvencional	2. Propósito instrumental e intercambio	Se conforman con las reglas en aras de su interés
II. Moralidad convencional (10 a 13 años o más)	3. Mantenimiento de las relaciones mutuas, aprobación de otros, la regla práctica	Evalúan una acción de acuerdo con el motivo que está detrás de la persona que la realiza y pueden tomar en cuenta las circunstancias
II. Moralidad convencional	4. Interés social y conciencia	Una acción siempre está mal, independientemente de los motivos o circunstancias, si viola una regla o daña a otros
III. Moralidad posconvencional (adolescencia temprana o hasta la adultez temprana o nunca)	5. Moralidad de contrato o de los derechos individuales y de la ley democráticamente aceptada	Valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad
III. Moralidad posconvencional	6. Moralidad de los principios éticos universales	Hacen lo que en lo personal consideran correcto, sin importar las restricciones legales o las opiniones de otros

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

Ojo. Es una pregunta de reserva que no llegó a usarse: la Bitácora la deja sin puntuar, aunque el Ministerio publicó su clave (2).

Para fijarlo. La etapa 3 mira la intención; la 4 mira la norma, pase lo que pase.

REFERENCIA OFICIAL

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 342. Papalia, D. E., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). Desarrollo humano (12.ª ed.). McGraw-Hill. Pág. 431.

EN EL ATLAS Tema J8 · Desarrollo moral. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 63, PIR 2019 · n.º 1, PIR 2021 · n.º 25, PIR 2022 · n.º 21

210

PATRONES CLÍNICOS

B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el proceso de evaluación clínica en el maltrato infantil es correcta?:

1. De cara a favorecer la validez, la evaluación debe centrarse en el análisis clínico de los factores individuales, siendo la valoración de las variables familiares y contextuales competencia del sistema de protección.
2. Entre los objetivos de la evaluación clínica se incluye analizar la coherencia y la credibilidad del relato del menor para determinar el grado de fiabilidad de su testimonio.
3. Para garantizar la objetividad del proceso, el clínico debe priorizar instrumentos estandarizados, evitando el uso de recursos expresivos o proyectivos que puedan inducir sesgos interpretativos.
4. La decisión de entrevistar a los cuidadores o familiares deberá realizarse en función de la valoración clínica del caso y de las dinámicas relacionales observadas. ✓

La entrevista a los familiares depende de la valoración del caso (reserva no utilizada)

Vallejo y Rodríguez plantean la evaluación del maltrato infantil con un enfoque **clínico**, **multifuente** (el menor, los familiares, los maestros, los servicios sanitarios) y **multimétodo** (entrevista, observación, cuestionarios), adaptado al nivel de desarrollo del menor. Sobre los cuidadores dan una pauta concreta: **la entrevista con los familiares se llevará a cabo si no supone un riesgo para el menor**. Es decir, se decide caso a caso, que es lo que afirma la opción 4.

1. Los factores familiares y del contexto forman parte de la evaluación clínica. El manual pide valorar los factores de riesgo y de protección de la familia y de la escuela, los ambientes más directos del menor.
2. El manual adopta un enfoque clínico y deja fuera expresamente los procedimientos que comprueban la veracidad del testimonio, más propios de la evaluación forense.
3. El manual recomienda adaptarse a la edad y al desarrollo del menor usando el dibujo, la escritura o el juego si hay limitaciones del lenguaje, así que no descarta los recursos expresivos.
4. Es la pauta del manual: la entrevista con los familiares se hace si no supone un riesgo para el menor.

Ojo. Es una pregunta de reserva que no llegó a usarse: la Bitácora la deja sin puntuar, aunque el Ministerio publicó su clave (4). El manual formula el criterio como ausencia de riesgo para el menor; la opción lo generaliza a la valoración clínica del caso.

Para fijarlo. En el maltrato, el clínico evalúa y protege; la credibilidad del relato es cosa del forense.

REFERENCIA OFICIAL 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. 357-359.

EN EL ATLAS Tema B33 · Abuso sexual, violencia y maltrato infantil. Se estudia con Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 198

Índice por temas del Atlas

A6	Psicopatología de la Memoria	82
A7	Psicopatología del Pensamiento	81
A8	Psicopatología del Lenguaje	75, 80
A10	Regulación Emocional	91, 107
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	94, 95, 96, 98
B5	Trastornos del sueño-vigilia	97, 101, 102, 103
B6	Adicciones a sustancias	190, 192
B7	Adicciones comportamentales	147, 148, 149, 150, 151, 152, 207
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	184, 186, 189
B10	Ansiedad: enfoque transdiagnóstico	153
B11	Trastornos de ansiedad	108, 140, 142, 175
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	122, 123, 124
B13	Trastorno adaptativo	125
B14	TOC y trastornos relacionados	39, 86
B15	Trastornos depresivos	25, 34, 110, 112, 113, 115, 177
B16	Trastornos bipolares	132, 133
B17	Trastornos disociativos	31, 83, 84, 144, 165
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	85, 116, 117, 156
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	22, 26, 92, 128, 129, 130, 134, 135, 182
B20	Trastornos de la personalidad	159, 160, 164
B21	Conducta suicida	104, 105, 106, 173
B22	Trastornos neurocognitivos	73, 136, 203
B24	Evaluación de los trastornos infantiles	35
B26	Discapacidad intelectual	181
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	179
B28	Trastorno del espectro del autismo	32, 36
B29	TDAH	33, 37
B30	Trastornos del lenguaje	174, 183
B32	Trastornos del vínculo	188
B33	Abuso sexual, violencia y maltrato infantil	210
B35	Duelo en la infancia y adolescencia	205
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	99, 204
C6	Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia	100
C8	Tratamientos de las adicciones comportamentales	109

C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	185, 187
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	141, 154, 155, 171, 172
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	121, 126, 127
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	87
C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	114, 138, 139, 178
C15	Tratamientos de los trastornos bipolares	145
C16	Tratamientos de los trastornos disociativos	143
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados	137, 157, 158
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	93, 131, 146
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	161
C20	Intervención psicológica en conducta suicida	163, 168, 191
C21	Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia	40
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	180
C26	Tratamientos del TEA	169
C27	Tratamientos del TDAH	170
C30	Tratamientos de los trastornos del vínculo	166
C31	Intervención en abuso sexual, violencia y maltrato infantil	167
D1	La psicología de la salud: modelos y fundamentos	90
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	89
D7	Apoyo social y salud	111
D10	Dolor crónico y fibromialgia	88
E2	El proceso de evaluación psicológica	20
E4	La entrevista	19, 21
E7	Las técnicas subjetivas	29
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	24, 27, 38
E11	Evaluación de la personalidad	23, 28
E12	Evaluación neuropsicológica	30, 70
F1	Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia	79
F2	Factores comunes y relación terapéutica	78
F4	Psicoanálisis, autores psicodinámicos y psicoterapia dinámica breve	208
F6	Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones	120
F9	Terapias narrativa, centrada en soluciones e intergeneracional	119
F10	Terapia familiar sistémica	76
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	77
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	162
F25	Terapia metacognitiva, activación conductual y FAP	118
G1	Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones	18
G3	Privacidad y confidencialidad	17

G5	Confidencialidad y consentimiento en salud mental infanto-juvenil	16
H1	Introducción e historia de las diferencias individuales	56
H2	Marco conceptual de la psicología diferencial	49, 51
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	50
H6	Diferencias intergrupales: edad y género	52
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	54
H11	Estabilidad de la personalidad	60
H12	Factores cognitivos: expectativas, atribución y control	58
H14	Motivación y personalidad	53, 59
H16	Personalidad y psicopatología	55, 57
I3	Sensación y percepción	3
I4	Aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico	6
I5	Condicionamiento instrumental	206
I6	Memoria	1, 2
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	4, 7
I9	Motivación	5
I10	Emoción	8
J1	Teorías del desarrollo	47
J3	Primera infancia: inteligencia sensoriomotriz, emociones y apego	45, 46
J4	Función simbólica: representación, juego y dibujo	43
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	41, 42, 48
J8	Desarrollo moral	209
J9	Adolescencia	44
J10	Adultez y vejez	176
K3	Organización anatomofuncional del sistema nervioso	65, 66
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	71
K6	Sistemas sensoriales	202
K7	Control motor	69
K10	Conducta reproductora y diferenciación sexual	63
K12	Emoción y cognición social	62
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	64, 72
K14	Atención, funciones ejecutivas y lóbulo frontal	68, 74
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	61, 67
L3	La investigación cualitativa	13
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	12, 14
L21	Validez de los tests	9, 15, 201
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	11

L23	Teoría de respuesta al ítem	10
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	193, 196, 199
M3	Actitudes y disonancia cognitiva	195
M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	197, 198
M6	Procesos de grupo	194
M8	Relaciones intergrupales	200