

2020



**[SIMULACRO ENERO - REPASO  
RESPUESTAS COMENTADAS]**

[www.apuntes-pir.es](http://www.apuntes-pir.es)

**1. Las ondas cerebrales delta surgen principalmente:**

1. Cuando la persona se encuentra despierta y en plena actividad mental.
2. En una meditación profunda.
3. En un estado de agotamiento mental.
4. En las fases más profundas del sueño lento.

**RC 4****Fases del sueño (adaptado de Carlson, N. R. 2005)**

TIPO DE ONDAS	CARACTERÍSTICAS
<b>ALFA</b>	Consisten en ondas regulares de frecuencia media (8-12 Hz). Esta actividad se da en el encéfalo cuando la persona está descansando tranquilamente, sin estar activada excitada sobremanera y sin dedicarse a una actividad mental ardua (como resolver un problema). Aunque en ocasiones las ondas alfa aparecen cuando una persona tiene los ojos abiertos, son mucho más frecuentes cuando los ojos están cerrados. Se observa en sujetos humanos justo antes de que se duerman (en vigilia todavía pero cuando se está relajado).
<b>BETA</b>	Consiste en ondas irregulares de 13 a 30 Hz, en su mayoría de baja amplitud. Esta actividad ocurre cuando la persona está alerta y atenta a lo que sucede en el entorno o cuando está pensando intensamente.
<b>THETA</b>	Esta fase es en realidad una transición entre el sueño y la vigilia. Durante esta fase, el EEG es en general irregular, pero incluye períodos de actividad theta, <i>spindles</i> (o husos del sueño), y <i>complejos K</i> . Los <i>spindles</i> son breves salvas de ondas de 12 a 14 Hz, que ocurren de dos a cinco veces por minute durante las fases 1 a 4 del sueño. Algunos investigadores creen que representan la actividad de un mecanismo implicado en mantener a la persona dormida (Bowersox, Kaitin y Dement, 1985; Steriade, 1992; Nicolas y cols., 2001). En los ancianos, el sueño tiene menos <i>spindles</i> y se acompaña generalmente de más despertares durante la noche. Los complejos K son ondas agudas, repentinas, que, a diferencia de los <i>spindles</i> , suelen verse sólo durante la fase 2 del sueño. Ocurren espontáneamente, con una frecuencia aproximada de uno por minuto, pero a menudo pueden ser provocados por los ruidos (especialmente, los inesperados). Según De Gennaro, Ferrara y Bertini (2000), parecen ser los precursores de las ondas delta, las cuales aparecen en los estadios más profundos del sueño.
<b>DELTA</b>	Actividad eléctrica sincronizada, regular, de menos de 4 Hz, de alta amplitud, que se registra en el encéfalo; se da durante las fases más profundas del sueño lento.

**2. ¿Qué hormona de las siguientes NO es liberada por la adenohipófisis?:**

1. La adrenocorticotrópica.
2. La tirotrópica.
3. La oxitocina.
4. La luteinizante.

**RC 3**

La **adenohipófisis** es una glándula endocrina compuesta de células secretoras, que a su vez está bajo un estricto control de las hormonas o factores de liberación que son sintetizados por las neuronas del hipotálamo y segregados en el **sistema porta hipotálamo-hipofisario**. A través de este circuito sanguíneo llegan hasta la adenohipófisis donde estimulan o inhiben la actividad secretora de las células de la adenohipófisis.

Esta glándula libera cuatro hormonas trópicas, **hormonas que tienen como diana otra glándula sobre la que actúan para regular su producción hormonal**. Son, la **hormona estimulante del tiroides (TSH)**, la **hormona adrenocorticotrópica (ACTH)** y las gonadotropinas, que incluyen la **hormona folículoestimulante (FSH)** y la **hormona luteinizante (LH)**. Además de estas hormonas trópicas, la adenohipófisis segrega la **hormona del crecimiento (GH)** y la **prolactina**.

**3. Dentro de los modelos animales, los trastornos en animales que reproducen trastornos humanos en todos sus aspectos se denominan:**

1. Homólogos.
2. Isomórficos.
3. Predictivos.
4. Inductivos.

**RC 1**

Se distinguen tres tipos de modelos animales:

- **Homólogos:** trastornos en animales que reproducen trastornos humanos en todos sus aspectos.
- **Isomórficos:** trastornos en animales que se parecen a trastornos humanos, pero que se provocan artificialmente en el laboratorio.
- **Predictivos:** modelos animales que no se parecen a los trastornos humanos en aspectos clave pero son valiosos para predecir algunos aspectos del trastorno.

**4. En la técnica de neuroimagen cerebral denominada tomografía por emisión de positrones (TEP):**

1. Posee un bajo coste de funcionamiento.
2. Ofrece información tanto estructural como funcional, todo en la misma imagen.
3. Posee una baja resolución espacial de las imágenes.
4. Se puede emplear para obtener imágenes tridimensionales de la actividad de todo el encéfalo.

**RC 3**

El TEP es una técnica de neuroimagen cerebral que proporciona imágenes de la actividad cerebral más que de la estructura cerebral.

En una de sus modalidades (la más frecuente) el TEP consiste en la inyección de **2-desoxiglucosa (2-DG)** radiactiva en la arteria carótida del paciente. Debido a su semejanza con la glucosa, la 2-DG entra rápidamente en las neuronas activas. Sin embargo, la 2-DG, no puede ser metabolizada y se acumula en las neuronas activas hasta que es gradualmente descompuesta.

Un **inconveniente es su coste de funcionamiento**. Por seguridad, las sustancias radioactivas utilizadas tienen una vida media muy corta, teniendo en cuenta su rápida descomposición, tienen que producirse en el lugar donde se van a utilizar mediante un **acelerador de partículas** denominado **ciclotrón**. Otro **inconveniente** es la relativamente **baja resolución espacial de las imágenes**.

**5. ¿Qué comportamientos se asocian a la orquidectomía? Señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Reducción del interés sexual.
2. Acumulación de grasa en caderas y pecho.
3. Piel áspera.
4. Disminución de testosterona en sangre.

**RC 3**

El papel que desempeñan las hormonas gonadales en la activación del comportamiento sexual masculino ha sido probado por los efectos asexualizantes de la orquidectomía (extracción de los testículos). Efectos de la orquidectomía:

- Reducción del interés y del comportamiento sexual. El ritmo de la pérdida es variable.
- Cambios corporales como reducción de vello, acumulación de grasa en caderas y pecho, mayor suavidad de piel, disminución fuerza física.

Los principales síntomas de la orquidectomía se han atribuido generalmente a la pérdida de la testosterona. Hipótesis confirmada por las inyecciones de sustitución de testosterona, aunque este sustituto no elimina esterilidad.

La razón por la que algunos hombres permanecen sexualmente activos después de una orquidectomía puede ser por los andrógenos adrenales.

**6. ¿Qué método utiliza inyecciones de 2-desoxiglucosa (2-DG) para visualizar el cerebro humano?:**

1. La resonancia magnética.
2. La tomografía por emisión de positrones.
3. La magnetoencefalografía.
4. La electroencefalografía.

**RC 2**

La tomografía por emisión de positrones (TEP) es una técnica de neuroimagen cerebral que proporciona imágenes de la actividad, más que de la estructura, cerebral. En una de sus modalidades (la más frecuente) consiste en la inyección de 2-desoxiglucosa (2-DG) radiactiva en la arteria carótida del paciente. Debido a su semejanza con la glucosa, la 2-DG entra rápidamente en las neuronas activas y se acumula hasta que es gradualmente descompuesta.

**7. ¿Qué caracteriza el tratamiento de la bulimia nerviosa a través de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)?:**

1. La dosis inicial suele ser mayor que en otras indicaciones.
2. El inicio de la respuesta suele ser más tardío que en otras indicaciones.
3. Es más efectivo que en otras indicaciones para mantener crónicamente los efectos agudos.
4. La Fluoxetina está desaconsejada por presentar como efecto secundario un aumento del apetito.

**RC 1****Perfil antibulímico de los ISRS:**

- ✓ La dosis inicial suele ser mayor que en otras indicaciones.
- ✓ El inicio de la respuesta puede ser más rápido que en otras indicaciones.
- ✓ Puede que no sea tan efectivo como en otras indicaciones para mantener crónicamente los efectos agudos.
- ✓ La Fluoxetina tiene los mejores datos de eficacia hasta la fecha y también propiedades 5HT2C. Además, este agente no presente como efecto secundario el aumento del apetito.
- ✓ Los síntomas específicos no empeoran al inicio del tratamiento.

**8. En el uso de benzodiacepinas como tratamiento terapéutico se ha encontrado que:**

1. Sus efectos sobre la ansiedad son positivos pero tardan bastante tiempo en que éstos hagan efecto.
2. Entre otras, sus principales desventajas son la sedación, la obnubilación cognitiva y la dependencia fisiológica.
3. Están desaconsejadas utilizarlas junto a ISRS en el caso de un cuadro de depresión mayor.
4. Pueden ser útiles cuando se desea un efecto terapéutico de inicio tardío.

**RC 2**

La principal ventaja de usar benzodiacepinas es el rápido alivio de la ansiedad y de los ataques de pánico.

Entre las desventajas de las benzodiacepinas se incluyen la sedación, la obnubilación cognitiva, a interacción con el alcohol, la dependencia fisiológica y la posibilidad de un síndrome de abstinencia.

Las benzodiacepinas pueden resultar útiles cuando se inicia un tratamiento o cuando se desea un efecto terapéutico de inicio rápido. También pueden ayudar a mejorar la tolerabilidad a corto plazo de los ISRS al bloquear el nerviosismo y la exacerbación del pánico a veces observados cuando se inicia el tratamiento con un ISRS u otros antidepresivos. También pueden ser útiles para completar el tratamiento del paciente si es necesario en caso de descompensación repentina o inesperada o de factores estresantes psicosociales a corto plazo.

Si un paciente no responde plenamente a un antidepresivo o a combinaciones de antidepresivos, el tratamiento a largo plazo con benzodiacepinas y antidepresivos concomitantes puede hacerse necesario para conseguir un control pleno o suficiente de los síntomas. En ocasiones, una vez que se han suprimido los síntomas durante un período de entre varios meses y un año, se puede interrumpir poco a poco la benzodiacepina y mantener al paciente a largo plazo sólo con el antidepresivo.

Los ISRS se consideran los tratamientos de primera línea para el tratamiento de la fobia social.

**9. ¿En qué enfermedad pueden aliviarse los síntomas con inyecciones de L-DOPA?**

1. Parkinson.
2. Alzheimer.
3. Huntington.
4. Esclerosis múltiple.

**RC 1**

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del movimiento que se relaciona con la degeneración de la **sustancia negra**. El neurotransmisor de las neuronas de la sustancia negra es la **dopamina** y en los pacientes de Parkinson de larga duración hay una ausencia casi total de dopamina en la sustancia negra y en el cuerpo estriado. Sus síntomas pueden aliviarse con inyecciones de L-DOPA que es un precursor químico de la dopamina.

**10. Los grupos, como por ejemplo los políticos o religiosos, se engloban dentro de los denominados:**

1. Grupos primarios.
2. Grupos secundarios.
3. Grupos de pertenencia.
4. Grupos de referencia.

**RC 4**

DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Grupos pequeños	Entre 2 y 20 sujetos.
Grupos grandes	Más de 20 sujetos.
Grupos permanentes	Son grupos concebidos como estables por sus miembros y por personas ajenas a ellos.
Grupos temporales	Existen con el fin de realizar una tarea o actividad determinada, una vez terminada dicha tarea el grupo desaparece.
Grupos primarios	Conforman la naturaleza social e ideales de sus miembros. En ellos se dan relaciones afectivas y cumple una función de socialización.
Grupos secundarios	Se forman deliberadamente con un propósito específico, las relaciones que mantienen sus miembros entre sí son menos estrechas que en los grupos primarios (asociaciones, corporaciones, etc.).
Grupos de pertenencia	El sujeto pertenece a ellos en función de su nacimiento o de las circunstancias de la vida, pertenecer a ellos no es voluntario (sexo, nacionalidad, etnia, etc.).
Grupos de referencia	Se seleccionan como modos de valores, creencias, actitudes, etc., adaptándose a sus normas (grupos religiosos, políticos etc.). La persona se identifica con él y lo utiliza para evaluar su propia conducta. Cumple funciones normativas y de comparación.
Grupos formales	Definidos y planificados para alcanzar los fines organizacionales.
Grupos informales	Surgen de los procesos de interacción espontánea y de las necesidades de los miembros.

**11. ¿Cómo se denomina el error o sesgo de atribución de achacar los comportamientos de una persona exclusivamente a sus características psicológicas?:**

1. Error último de atribución.
2. Autosuficiencia.
3. Psicologización.
4. Causas necesarias múltiples.

**RC 3**

El error fundamental, o “efecto *Jones-Harris*”, es la tendencia exagerada a explicar la conducta de los demás apelando a las disposiciones internas de personalidad, a su carácter o temperamento o a su forma de ser. Implica negar la fuerza de la situación y, en muchas ocasiones, es sencillamente poco verosímil.

Echevarría (1994) vincula este error de atribución con la “psicologización”: mecanismo explicativo que consiste en achacar los comportamientos de una persona exclusivamente a sus características psicológicas.

**12. Según Jones y Davis (1965), para que se produzca una inferencia correspondiente deben tenerse en cuenta, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Las expectativas que se mantienen sobre el actor.
2. La intención.
3. Los efectos de la acción.
4. La dificultad de la tarea.

**RC 4**

Jones y Davis (1965) proponen la teoría de las “inferencias correspondientes” para el estudio de la atribución: inferencias que deducen las características de las personas observando su conducta.

Para que se produzca una **inferencia correspondiente** deben tenerse en cuenta:

- **Intención.** Si el actor ha realizado una conducta de forma no intencional dicha conducta no podrá atribuirse a sus características personales.
- **Efectos de la acción.** Cualquier acción o conducta produce muchos efectos diferentes. Cuanto menor sea el número de efectos no comunes mayor será la probabilidad de una inferencia correspondiente
- **Expectativas que se mantienen sobre el actor.** Cuando se observa a un actor realizando conductas antinormativas o poco deseables socialmente también se incrementa la probabilidad de una **inferencia correspondiente**.
- **Relevancia hedónica.** Cuando la conducta del actor tiene consecuencias que afectan, positiva o negativamente, a las personas que realizan la atribución (observador).

Así, existen dos estadios principales en el proceso de inferir las disposiciones personales: **la atribución de intencionalidad y la atribución de disponibilidad.**

**13. Con respecto a la relación entre el ruido y la agresión, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Un ruido intenso impredecible y/o incontrolable, generará menos estrés que un ruido que puede predecir o controlar.
2. El ruido continuado tiene un efecto acumulativo que se traduce en una reducción de la tolerancia a la frustración.
3. El ruido puede contribuir en la generación de agresión de forma directa e indirecta.
4. Cuando la persona no siente sólo una cierta predisposición a agredir sino que tiene además motivos para hacerlo, el ruido da energía a esta conducta motivada por el cólera y la intensifica.

**RC 1**

**El ruido como contribución en la agresión de manera indirecta:**

- **Un ruido intenso, si es predecible y/o controlable**, generará menos estrés que otro que no se puede predecir o controlar, aunque este último sea de una intensidad menor.
- **El ruido continuado** tiene un efecto acumulativo que se traduce en una **reducción de la tolerancia a la frustración.**

**El ruido puede contribuir a la agresión de forma también directa:**

- Generando una activación que proporciona energía a una reacción agresiva que ya es probable en la persona.
- Cuando la persona no siente sólo una cierta predisposición a agredir, sino que tiene además motivos para hacerlo, **el ruido da energía a esta conducta motivada por el cólera y la intensifica.**

**14. El biofeedback de respuesta dermoeléctrica (RDE) nos informa de:**

1. La temperatura periférica de la zona del cuerpo en la que esté ubicado el sensor.
2. La cantidad de sangre que circula por un determinado vaso sanguíneo de la piel.
3. La respuesta de conductancia de una determinada zona de la piel.
4. El recorrido de un determinado espasmo.

**RC 3**

**BF de RDE (Respuesta dermoeléctrica) o actividad electrodérmica**

- Informa de la **respuesta de conductancia** de la zona de la piel en la que están colocados los electrodos, habitualmente las falanges primera o segunda de los dedos índices y corazón.
- Permite identificar el nivel general de activación y entrenar a la persona en controlar ese nivel.
- Sus respuestas se dividen en tónicas y fásicas.
- Muy útil para colaborar en el entrenamiento en relajación general, así como para colaborar en cualquier tratamiento cuyo objetivo implique la disminución de la activación simpática a voluntad. Por ejemplo, en la medida de la ansiedad, una medida dermoeléctrica de especial significación son las fluctuaciones espontáneas en el nivel de conductancia de la piel en ausencia de estimulación.

**15. Según Wolpe la graduación de los estímulos es un aspecto clave en la técnica de:**

1. Exposición.
2. Desensibilización sistemática.
3. Solución de problemas.
4. Hipnosis.

**RC 2**

La **desensibilización sistemática (DS)** es una técnica desarrollada por **Wolpe** (1958) dirigida a reducir las respuestas de **ansiedad** y eliminar las conductas motoras de **evitación**.

La aparición de determinados estímulos produce de forma automática respuestas de ansiedad. Se intenta provocar, también de manera automática, la aparición de respuestas incompatibles con la ansiedad.

En la propuesta inicial de **Wolpe** (1958) los responsables de los efectos de la DS son:

- **Inhibición Recíproca:** En presencia de una respuesta incompatible el estímulo ansiógeno no puede provocar ansiedad.
- **Contracondicionamiento:** Al asociarse al estímulo ansiógeno una respuesta incompatible, se facilitaba el condicionamiento de una respuesta contraria a la ansiedad.

**Aspectos clave:**

- Instauración de una respuesta incompatible con la ansiedad.

- Graduación de los estímulos.

Sin embargo, los datos experimentales indican que **la DS es eficaz incluso en ausencia de estos aspectos.**

**16. La conducta no es una función de probabilidad objetiva de un refuerzo externo contingente, sino de las expectativas que el propio sujeto tiene sobre la probabilidad de un resultado, ¿qué autor plantea dicho supuesto en su teoría psicológica?:**

1. Skinner.
2. Wolpe.
3. Rotter.
4. Homme.

### RC 3

**Rotter (1954)** desarrolló un modelo que pretende dar cuenta de las relaciones entre nuestra conducta y las expectativas que asignamos a los posibles resultados de una conducta específica. La conducta no es una función de probabilidad objetiva de un refuerzo externo contingente, sino de las expectativas que el propio sujeto tiene sobre la probabilidad de un resultado (**expectativas de resultado**).

**17. De las siguientes, ¿qué técnica NO se utiliza para reducir o suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada?:**

1. Extinción.
2. Moldeamiento.
3. Reforzamiento diferencial.
4. Castigo negativo.

### RC 2

El **moldeamiento** consiste en la formación de **conducta nueva** (conductas que previamente no se realizaban) a partir de un desarrollo gradual de formas incipientes. Se trata de reforzar selectivamente alguna de las conductas existentes en el repertorio actual del sujeto (conductas que se asemejan a la topografía y funcionalidad de la conducta meta) para ir aproximándola de modo gradual a la meta propuesta. El reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible.

**18. El principio dialéctico fundamental de la Terapia Dialéctica Conductual(TDC) es el que se establece entre:**

1. El terapeuta y paciente.
2. El lenguaje y su cambio.
3. El cambio y la aceptación.
4. Los marcos relacionales y el lenguaje.

### RC 3

El principio dialéctico fundamental de la TDC es el que se establece entre **cambio y aceptación**. Linehan considera que esta perspectiva dialéctica es esencial para entender el trastorno límite de la personalidad, pues el pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas características de este trastorno son **fracasos dialécticos**. La persona con trastorno límite de personalidad se quedaría atrapada en las polaridades sin lograr conseguir la síntesis.

**19. Respecto a la utilización de la realidad virtual en exposición, ¿cuál es la respuesta correcta?:**

1. Sustituye totalmente a la exposición real.
2. Cualquier estímulo real puede programarse con exactitud de forma virtual.
3. La realidad virtual permite que el terapeuta construya un entorno clínicamente significativo.
4. Los estudios indican mejores resultados frente a las técnicas imaginativas.

### RC 3

Ventajas de la realidad virtual:

- Muchos estímulos reales pueden ser difíciles de programar para llevar a cabo una sesión real.
- La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto.
- La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperadas.
- Con la realidad virtual se garantiza mejor la sensación de intimidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad.

**Desventajas:**

- No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.
- El costo del hardware y el software es todavía prohibitivo para la mayoría de los clínicos.
- Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual.
- No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a las técnicas imaginativas o de sugestión, claramente más económicas.

**20. De las siguientes ¿qué característica NO es aplicable a la técnica de tiempo fuera de reforzamiento?:**

1. Reducción de la conducta desde el primer ensayo.
2. En algunos casos se dan respuestas emocionales y/o agresión,
3. No es necesario desarrollar conductas alternativas a la que se desea reducir.
4. Una posible recuperación de la conducta bajo tiempo fuera de reforzamiento al volver otra vez al medio habitual.

**RC 3**

Este procedimiento consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento, o sacar a la persona de éstas, durante un determinado período, de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptativa.

**Características:**

- Reducción de la conducta desde el primer ensayo.
- Reducción gradual de la conducta, pero sólo temporal, no permanente.
- Posible recuperación de la conducta bajo tiempo fuera de reforzamiento al volver otra vez al medio habitual.
- Necesidad de modificar el medio de forma permanente para que el tiempo fuera de reforzamiento tenga efectos mantenidos.
- Necesidad de desarrollar conductas alternativas a la que se desea reducir. Se puede considerar como una técnica puente para alterar el ambiente de forma definitiva o para desarrollar conductas alternativas a la que se quiere reducir.
- La reducción de la conducta depende de la historia y el programa de reforzamiento que ha mantenido dicha conducta y del valor reforzante del ambiente del que se saca a la persona por la emisión de la conducta.
- En algunos casos se dan respuestas emocionales y/o agresión inducida por esta técnica.

**21. La técnica de autocontrol:**

1. Es sinónimo de autorregulación.
2. Es sinónimo a "fuerza de voluntad".
3. Implica conflictividad entre la conducta controladora y la controlada.
4. Implica siempre "no hacer" algo.

**RC 3**

Existe cierta **confusión entre autorregulación y autocontrol**. Kanfer y Goldstein (1980) entienden la **autorregulación** cuando el sujeto dirige su propia conducta, pero las modificaciones no suponen el control de **ninguna respuesta conflictiva** (ej.: aprender alguna habilidad).

Sin embargo, **la conflictividad** está presente en el término **autocontrol**, mediante el cual se supone que la iniciación de cierta conducta controladora modifica la probabilidad de ocurrencia de la conducta controlada.

**22. La relajación aplicada en el procedimiento de una desensibilización sistemática actúa con respecto a los estímulos ansiógenos como:**

1. Estímulos discriminativos.
2. Contracondicionamiento.
3. Expectativas.
4. Refuerzo.

**RC 2**

Para el **entrenamiento en relajación** se puede seleccionar cualquier respuesta que sea incompatible con la ansiedad, si la persona dispone ya de algún procedimiento se utilizará en la DS, sino se desarrollará una nueva, la más utilizada ha sido la relajación progresiva, así como también el control de respiración etc.

El **procedimiento de la DS aplicado por Wolpe** selecciona la relajación muscular progresiva en 6 sesiones como la respuesta



antagónica a la ansiedad.

La **relajación aplicada** en el procedimiento de una desensibilización sistemática actúa con respecto a los estímulos ansiógenos como contracondicionamiento ya que sería una respuesta alternativa incompatible.

### 23. ¿Qué caracteriza a la técnica de implosión?

1. Sus bases teóricas se hallan en la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers.
2. Es una modalidad de la desensibilización sistemática.
3. Se puede aplicar tanto en vivo como en imaginación.
4. No existe respuesta de escape cuando se aplican los estímulos aversivos.

#### RC 4

La **terapia implosiva** fue desarrollada por **Stampfl** (1961) combinando los principios psicoanalíticos con los procedimientos derivados de las investigaciones en Psicología experimental.

La terapia implosiva parte del supuesto de que las conductas de los sujetos están mantenidas por estímulos condicionados de carácter simbólico y relacionados con los procesos dinámicos del desarrollo de la personalidad sostenidos por el psicoanálisis. Así, este autor concibe la adquisición de un miedo a través de CC, si bien desde su perspectiva psicoanalítica sitúa en la infancia la adquisición de las conductas de evitación a partir de situaciones en las que la persona fue castigada, rechazada o privada de algo (situaciones de contenido dinámico). Situaciones que se mantendrían por evitación y con ello el consecuente reforzamiento negativo. Para su extinción propone la reproducción de la situación inicial u otra lo más parecida posible, pero sin que se produjeran las consecuencias aversivas reales.

Stampfl consideró que la exposición debía producirse ante estímulos **altamente ansiógenos**, impidiendo cualquier respuesta de evitación y/o de escape. También defendió que los estímulos presentados al sujeto tenían que ser elegidos de acuerdo a los postulados de la teoría psicoanalítica (estímulos psicodinámicos).

### 24. En el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO):

1. Se refuerzan sólo las conductas incompatibles.
2. Se refuerza cualquier conducta distinta de la que se quiere eliminar.
3. Se refuerza la conducta más parecida a la que se quiere eliminar.
4. Se refuerza la conducta si ésta se distancia de la emisión anterior por un período de tiempo mínimo.

#### RC 2

El Reforzamiento Diferencial consiste en reforzar una o varias conductas diferentes de la conducta que se quiere reducir. Existen varias formas en las que se puede aplicar el RD y, en concreto, el **Reforzamiento diferencial de otras conductas** es un procedimiento en el que el **reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo salvo la excepción de la conducta inapropiada que se quiere eliminar, donde se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada** durante un período determinado de tiempo.

### 25. ¿Qué ventajas posee el aplicar el tiempo fuera de reforzamiento?, señale la alternativa INCORRECTA:

1. Supresión de la conducta de forma permanente.
2. Reducción efectiva de la conducta.
3. Puede usarse a veces incluso sin conocer exactamente los estímulos reforzadores.
4. Puede usarse sin controlar los estímulos reforzadores.

#### RC 1

##### Ventajas del Tiempo fuera de reforzamiento:

- Reducción efectiva de la conducta.
- Puede usarse a veces incluso sin conocer exactamente los estímulos reforzadores.
- Puede usarse sin controlar los estímulos reforzadores.
- Facilita un período de tiempo para desarrollar conductas alternativas

### 26. ¿Cómo se denominan las alucinaciones que se manifiestan con sensaciones de hormigueo o por una falsa sensación de haber sido tocado por algo?:

1. Formicación.
2. Fotopsias.
3. Parestesias.
4. Pseudoalucinaciones.

**RC 3**

Las **parestias**, o sensaciones de hormigueo, pueden tener un origen orgánico, pero que el paciente lo explica de un modo delirante. También aquellas en las que el paciente tiene la falsa sensación de haber sido tocado por algo, incluida la estimulación genital. Se dan con más frecuencia en la **esquizofrenia**.

**27. ¿Cómo se denomina el aumento de la atención espontánea, con disminución de la atención voluntaria?:**

1. Aproxexia.
2. Hipoprosexia.
3. Hiperprosexia.
4. Paraprosexia.

**RC 4**

La **paraprosexia** es un **aumento de la atención espontánea (involuntaria), con disminución de la atención voluntaria**.

Generalmente se observa en la **depresión severa**, donde la reconcentración dolorosa sobre sí mismo promueve una incentivación de la atención espontánea solicitada sobre los estímulos internos, con desatención del mundo exterior. El caso opuesto se produce en los **estados maníacos** donde la atención espontánea hacia los estímulos externos se exalta, con marcada disminución de la posibilidad de volcarse voluntariamente en alguna cosa o situación particular.

**28. El fenómeno de atención autofocalizada, ¿con qué tipo de trastorno se ha relacionado para explicar los problemas atencionales?:**

1. Con la depresión.
2. Con la ansiedad.
3. Con la esquizofrenia.
4. Con el trastorno límite de personalidad.

**RC 1**

La **atención autofocalizada** juega un **papel importante en la comprensión de la depresión**. Una **explicación teórica** sobre este aspecto afirma que el sujeto experimenta una pérdida y focaliza la atención sobre él mismo, lo que origina un proceso autoevaluativo que tiene consecuencias negativas, ya que compara su pobre estado actual con su inalcanzable estado deseado.

**29. Una de las principales innovaciones que introdujo el DSM-III (APA, 1980) frente a los sistemas anteriores de diagnóstico, con respecto a la categoría de los Trastornos de Ansiedad, fue:**

1. La desaparición del término de "neurosis" como concepto aglutinador y criterio rector de la clasificación de estos trastornos.
2. La organización de los trastornos en dos grandes subgrupos: fobias *versus* ansiedad general.
3. La inclusión de cuatro nuevos trastornos, entre los que se encuentra el trastorno mixto ansiedad- depresión.
4. La inclusión de supuestos etiológicos específicos para cada trastorno de ansiedad.

**RC 1**

Con el **DSM III** la idea freudiana de neurosis desaparece y se **incluye por primera vez el grupo de los "trastornos de ansiedad" (y también un grupo específico de trastornos de ansiedad característicos de la infancia y la adolescencia)**.

**30. Una de las diferencias entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor es que el distímico presenta una sintomatología:**

1. Más crónica.
2. Con más componentes somáticos.
3. Más grave.
4. Que requiere hospitalizar a los pacientes.

**RC 1**

La **distimia** tiene una sintomatología semejante al **trastorno depresivo mayor** pero menos grave, más larga y rara vez se hospitaliza.

**31. Teniendo en cuenta el estilo de afrontamiento del estrés, la ansiedad y depresión, se han asociado:**

1. Positivamente con el uso de estrategias focalizadas en el problema.
2. Positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción.
3. Negativamente con el uso de autocontrol.

4. Negativamente con el uso de la reevaluación positiva.

**RC 2**

La ansiedad y la depresión se han relacionado positivamente con el uso de estrategias focalizadas en la emoción y negativamente con el uso de estrategias focalizadas en el problema.

**32. La característica de los delirios que hace referencia al mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo, a pesar de las evidencias en contra, es:**

1. La intensidad o convicción.
2. La inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza.
3. Presencia de apoyos culturales.
4. Preocupación.

**RC 2**

La **fijeza** consiste en el mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo, a pesar de las evidencias en contra.

**33. ¿Cuál de las siguientes conductas NO es característica del autismo infantil?:**

1. Ecolalia.
2. Un lenguaje no verbal alterado.
3. No acudir a los padres cuando se lesionan o hacen daño.
4. Reciprocidad emocional.

**RC 4**

**Características específicas de las alteraciones de la conducta social en el autismo:**

- Ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional.
- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- El déficit social es más evidente en los primeros años de vida.
- Carencia del vínculo con los padres (no acuden a ellos cuando se hacen daño).
- No gritan para llamar la atención, y no buscan contacto afectivo (besos, ternura).
- Nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en brazos.
- Aunque esté ausente el contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses, parece como si la otra persona fuese un objeto que el autista utiliza para un fin determinado.
- Preocupación del autista por "preservar la invariabilidad del medio", es un rasgo esencial. Es una resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales, respondiendo agresivamente o con fuertes berrinches a los mismos.
- En ocasiones desarrollan preocupaciones ritualistas o "**rituales**" en los que invierten una gran cantidad de tiempo a diario. Por ejemplo: llevar siempre los mismos zapatos.

**34. ¿Qué grupos, dentro del trastorno disocial, establecía el DSM-III-R y que han desaparecido en versiones posteriores?:**

1. Agresivo solitario y agresivo social.
2. Agresivo y delictivo.
3. De inicio precoz y de inicio tardío.
4. De inicio en la infancia y de inicio en la adolescencia.

**RC 1**

El **DSM-III-R** establecía dos grupos que han desaparecido en sus versiones posteriores:

- **Tipo agresivo solitario** (*Trastorno de conducta Agresivo Infrasocializado para Quay, y el denominado Agresivo de Achenbach*): trastorno que se produce de forma individual por el niño, y la conducta va dirigida contra compañeros y adultos. Es el niño quien inicia las conductas y no se produce dentro de la actividad de un grupo. Se caracteriza por peleas, desobediencia, rabietas, destructividad impertinencia, falta de colaboración intranquilidad y conducta hiperactiva.
- **Tipo agresivo social** (*Trastorno de conducta Socializado en la denominación de Quay, y denominado por Achenbach como Delincuente*): Trastorno que se da principalmente en compañía de otros compañeros, que suelen presentar las mismas alteraciones conductuales. Trastorno que se caracteriza por tener "malos compañeros", fugas de casa y de la escuela, cometer robos en grupo, ser fiel a los amigos delincuentes y pertenecer a pandillas, el embuste y la conducta incendiaria.

35. ¿Qué autor propulsor del pragmatismo formula una teoría sistemática sobre la mente y la conciencia, donde defiende la organización mental como algo caracterizado por la finalidad?:

1. Wundt.
2. James.
3. Pinel.
4. Gall.

## RC 2

William James (1842 – 1910):

- Representó un influyente papel en la difusión del pragmatismo. Escribió *“Principios de psicología”*, obra monumental de psicología científica, y también *“Las variedades de la experiencia religiosa”*, por la que se le considera como el fundador de la "Psicología de la religión".
- En su obra *“Principios de Psicología”* formula una teoría sistemática sobre la mente y la conciencia, definiendo la organización mental como algo caracterizado por la finalidad: *“La persecución de fines futuros y la selección de medios para su obtención son la marca y el criterio de la presencia de la tentación en un fenómeno”*.
- Influenciado por las ideas de Darwin, James identifica la mente con la conciencia y hace corresponder la finalidad de la conducta con su utilidad adaptativa.
- En 1907 publica *“Pragmatismo: un nuevo nombre para algunos antiguos modos de pensar”*, en donde expresa que el pragmatismo es un método para apaciguar las disputas metafísicas que de otro modo serían interminables.

36. Según Buss (1962) la enfermedad sistémica consiste en:

1. Un mal funcionamiento de un sistema orgánico.
2. Una predisposición genética de una enfermedad concreta que se da en los individuos que componen una familia.
3. Resultado de un ataque por parte de microorganismo a un órgano o sistema orgánico.
4. Un suceso traumático proveniente de un suceso externo.

## RC 1

Tipos de enfermedades (Buss, 1962):

- **Enfermedad infecciosa:** se produce cuando un microorganismo ataca a un órgano o sistema orgánico (gripe, pulmonía producida por virus).
- **Enfermedad sistémica:** consiste en el mal funcionamiento de un sistema orgánico (como la diabetes, causada por un mal funcionamiento de las células pancreáticas encargadas de secretar insulina).
- **Enfermedad traumática:** por ejemplo, la ingestión de una sustancia tóxica o una rotura del brazo.

37. Desde un modelo biológico o médico, la depresión se asocia a:

1. Una actividad insuficiente del neurotransmisor GABA.
2. Una actividad insuficiente del neurotransmisor glutamato.
3. Una excesiva actividad dopaminérgica.
4. Un déficit en la actividad de las catecolaminas y la serotonina.

## RC 4

Desde el modelo biológico o médico, la depresión se relaciona con un déficit en la actividad de las catecolaminas y la serotonina.

38. Las teorías dualistas sobre la conciencia parte del supuesto de:

1. Que algunos aspectos de la conciencia no pueden explicarse solamente mediante datos físicos.
2. La existencia simultánea de dos estados mentales a nivel consciente, uno básico y otro reflexivo.
3. Que los estados mentales conscientes no tienen más propiedades específicas que las propias de las representaciones mentales.
4. La existencia de módulos cognitivos específicos que eventualmente pueden ser modificados.

## RC 1

LAS TEORÍAS DUALISTAS SOBRE LA CONCIENCIA parten del supuesto de que algunos aspectos de la conciencia no pueden explicarse solamente mediante datos físicos. El dualismo cartesiano es el más conocido y radical.

Se han propuesto diversas variantes de esta teoría. La más actual y controvertida es el dualismo emergente, que sostiene que la conciencia humana aparece a partir de constituyentes físicos, aunque por sí solos éstos no puedan explicar la conciencia. Un ejemplo que suelen dar los dualistas es que el ADN no explica la vida.

39. El problema atencional caracterizado por retardo o disminución de la concentración en un estímulo, se denomina:

1. Hiperprosexia.
2. Aproxia.
3. Hipoprosexia.
4. Paraprosexia.

### RC 3

Problemas atencionales y ejemplos de trastornos mentales asociados	
<b>APOSEXIA</b>	Falta absoluta de atención espontánea y voluntaria, distraibilidad pronunciada. Ejemplo: Estupor, Coma.
<b>HIPOPROSEXIA</b>	Retardo o disminución de la concentración en un estímulo (Inhibición atenta, labilidad y distraibilidad). Ejemplo: Episodios depresivos, esquizofrenia...
<b>HIPERPROSEXIA</b>	Cambios continuos en la focalización de la atención. Inestabilidad de la atención o distraibilidad. Ejemplo: Episodios depresivos, estados maníacos, psicosis maniaco depresiva.
<b>PARAPROSEXIA</b>	Oscilación en la atención espontánea (desviación de la atención). Ejemplo: episodio maníaco.
<b>PSEUDOAPROSEXIA</b>	Son situaciones clínicas que aparentemente constituyen una verdadera aproxia. La atención parece ausente, sin embargo, realmente se encuentra conservada, y especialmente enfocada a las reacciones de los allegados al sujeto. Ejemplo: cuadros de simulación (Síndrome de Ganser).

40. Una metamorfopsia es:

1. Un engaño perceptivo.
2. Una distorsión perceptiva.
3. Una alucinación refleja.
4. Una pseudoalucinación.

### RC 2

Las distorsiones perceptivas solo son posibles mediante el concurso de los órganos de los sentidos (muchas veces también se califican como sensoriales), es decir, se producen cuando un estímulo que *existe fuera* de nosotros, y es accesible a los órganos sensoriales, es percibido de un modo distinto al que cabría esperar dadas las características formales del propio estímulo.

#### Clasificación de las distorsiones perceptivas

**Hiperestesias versus hipoestesias:** anomalías en la percepción de la intensidad.

- Hiperalgias versus hipoalgias: anomalías en la percepción del dolor (anestesias, analgesias, etc.)

**Anomalías en la percepción de la cualidad.**

**Metamorfopsias:** anomalías en la percepción del tamaño y/o la forma.

- Dismegalopsias: anomalías en la percepción del tamaño (micropsias y macropsias).
- Dismorfopsias: anomalías en la percepción de la forma.
- Autometamorfopsias: referidas al propio cuerpo.

**Anomalías en la integración perceptiva:** aglutinación y sinestesia versus escisión.

**Ilusiones:** anomalías en la estructuración de los estímulos ambiguos.

- Sentido de presencia .
- Pareidolias.

41. Un ejemplo de tic vocal y complejo es:

1. Cambiar súbitamente y sin sentido el tono o volumen del habla.
2. Olisquear y soplar un objeto.
3. Gesticular con las manos mientras se habla.
4. Levantar los hombros.

## RC 1

## EJEMPLOS DE TICS MOTORES Y VOCALES SEGÚN LA DISTINCIÓN ENTRE SIMPLES Y COMPLEJOS

	MOTORES	VOCALES
<b>SIMPLES</b>	Parpadear. Realizar muecas faciales. Arrugar la nariz. Levantar los hombros. Torcer el cuello. Toser.	Aclarar la garganta. Olisquear. Soplar. Gorjear. Silbar. "LadRAR".
<b>COMPLEJOS</b>	Olisquear repetidamente un objeto. Tocar. Gesticular con las manos. Girar sobre sí mismo al caminar. Pisar fuertemente contra el suelo. Saltar. Dar pasos hacia atrás. Doblar las rodillas.	Cambiar súbitamente y sin sentido el tono o volumen del habla. Palilalia (repetir los propios sonidos o palabras). Ecolalia (repetir el último sonido, palabra o frase oída). Coprolalia (expresar súbita e inadecuadamente una palabra o frase obscena).

42. Siguiendo a Bragado (2004) sobre las pautas evolutivas del control vesical, el control nocturno o inhibición de la micción durante el sueño se produce a la edad aproximada de:

1. 1 año.
2. 2-3 años.
3. 4-5 años.
4. 6-7 años.

## RC 3

**Pautas evolutivas del control vesical, Bragado, 2004** (tomado y adaptado de "Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos, 2006. Orgilés Amorós, Mireia y Espada Sánchez, José Pedro y Méndez Carrillo, Francisco Xavier).

AÑOS	PROCESOS
0-1	Micción automática.
1-2	Conciencia de necesidad de orinar.
3-4	Control diurno. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duplicación de la capacidad vesical.</li> <li>▪ Inicio voluntario de la micción.</li> <li>▪ Inhibición voluntaria de la micción.</li> </ul>
4-5	Control nocturno. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posposición voluntaria de la micción.</li> <li>▪ Inhibición de la micción durante el sueño.</li> </ul>
5 o más	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico de enuresis.</li> <li>▪ Tratamiento precoz.</li> </ul>

43. La hipótesis fisiológica del detrusor para explicar la enuresis sostiene que:

1. Los niños con enuresis presentan un detrusor funcional más pequeño.
2. Los niños con enuresis presentan hiperactividad del detrusor.
3. En los niños con enuresis nocturna, durante la fase de sueño MOR, el detrusor permanece relajado.
4. Los niños con enuresis presentan un retraso madurativo del sistema nervioso central.

## RC 2

**Hiperactividad del detrusor:** para adquirir el control urinario es necesario que el niño aprenda a identificar las contracciones del detrusor como un signo de que su vejiga está llena y así acudir a lugar adecuado para orinar. En algunos enuréticos se ha comprobado una elevada hiperactividad del detrusor, que provoca contracciones incontroladas antes de que la vejiga se llene, mostrando una frecuente y elevada urgencia de orinar que puede llevarle a la incontinencia diurna.

44. ¿En qué consiste la ambivalencia o ambitimia?:

1. Pérdida de capacidad de modulación afectiva.

2. Rápidos cambios en cuanto al estado emocional.
3. Coexistencia de sentimientos positivos y negativos con respecto a un mismo objeto, contenido vivencial o representación.
4. Falta de control afectivo, existiendo estados afectivos o emociones que surgen de modo exageradamente rápido.

**RC 3**

Consiste en la coexistencia de sentimientos positivos y negativos con respecto a un mismo objeto, contenido vivencial o representación. Se trata de un síntoma inespecífico que puede aparecer en diferentes situaciones, tanto normales como patológicas, incluyendo trastornos de personalidad, inmadurez, trastornos de ansiedad, depresiones y esquizofrenia.

**45. Los tics psicológicos se caracterizan por:**

1. Aparecer durante el sueño.
2. No poder inhibirse voluntariamente.
3. No existir modificación de los reflejos.
4. Una etiología orgánica.

**RC 3****Los tics psicológicos:**

- Desaparecen durante el sueño.
- Son reproducibles a voluntad del individuo.
- Pueden inhibirse voluntariamente.
- No existe modificación de los reflejos.
- Su etiología no es orgánica.

**46. ¿Cómo se denomina el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de una droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico?:**

1. Abuso.
2. Tolerancia.
3. Potencial adictivo.
4. Dependencia física.

**RC 4****Shuckit (1989) diferencia:**

- **Dependencia física:** estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.
- **Dependencia psíquica:** situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continuo de la droga para producir placer o evitar malestar.
- **Potencial adictivo** de una droga: propensión que tiene ésta de producir dependencia en aquéllos que la usan. Así, entre las drogas legales, mientras que el tabaco tiene un alto poder adictivo, en cambio con el alcohol la mayor parte de sus consumidores son bebedores sociales que pueden controlar sin problemas su consumo.

**47. Kraepelin, mediante el término “dementia praecox”, diferenció:**

1. La esquizofrenia de las psicosis orgánicas.
2. La esquizofrenia de las psicosis demenciales.
3. La esquizofrenia de la ansiedad.
4. Las alteraciones del pensamiento de las alteraciones de la atención.

**RC 1**

**Dementia praecox** es el conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de delirios y vacío afectivo, que aparece a una edad temprana y con un curso crónico y deteriorante. Mediante ese término, **Kraepelin** diferenció la esquizofrenia de las "psicosis orgánicas":

- “**Psicosis orgánicas**”: por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, con alteraciones neuropatológicas.
- “**Psicosis funcionales**”:
  - **Dementia praecox** (esquizofrenia).
  - **Psicosis maníaco-depresiva**, de curso intermitente y con síntomas afectivos.

**48. La hipótesis sobre las drogodependencias denominada “de automedicación”, sostiene que:**

1. El adicto no puede resistir la tentación de la droga por su personalidad viciosa.
2. Los sujetos con trastornos endógenos consumen sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento.
3. La experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración provocan la dependencia.
4. El efecto placebo en la autotratamiento de la droga crea expectativas placenteras de ésta.

**RC 2**

Sostiene que, de los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas, una gran parte lo hace porque sufre **trastornos endógenos con sustratos biológicos que le aboca al consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento**.

Esta hipótesis se fundamenta por una parte en el descubrimiento de los receptores opiáceos en el SNC y en el descubrimiento de sus ligandos endógenos específicos. En el campo de las drogodependencias ello viene a indicar que la sustancia exógena, actuando repetidamente sobre determinadas estructuras orgánicas, facilitado por el ambiente exterior, desencadena una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC que transforman a un individuo "sano" en uno "dependiente". Esta hipótesis ayudaría a explicar por qué unos van a hacerse dependientes y otros no.

**49. ¿En qué consiste la técnica "práctica programada" que se emplea en el tratamiento de la agorafobia?:**

1. Exposición en vivo a la situación temida, asistido por un coterapeuta no profesional.
2. Autoexposición en vivo sin asistencia.
3. Exposición en vivo con terapeuta.
4. Exposición imaginada a la situación temida.

**RC 1**

**La práctica programada** es la exposición prolongada y graduada que sigue las pautas de la exposición en vivo pero que es asistida por un coterapeuta no profesional (cónyuge, amigo). El terapeuta mantiene unos pocos contactos con el paciente y, además, el paciente y coterapeuta se sirve de un manual de autoayuda.

**50. Según la teoría sobre la depresión de Beck, los esquemas depresógenos:**

1. En los sujetos deprimidos su estructura suele ser más permeable que en el resto de los sujetos.
2. No contienen reglas sobre la forma de actuar pero sí creencias tácitas.
3. Influyen en los sujetos deprimidos a lo largo de todo el tiempo sin necesidad que se dé un acontecimiento para su activación.
4. Para su activación es necesario la aparición de un suceso estresante.

**RC 4**

Según **Beck**, para la **activación de los esquemas depresógenos es necesaria la aparición de un suceso estresante** (por ejemplo, fracaso laboral). Antes de ser activados, permanecen latentes (no influyen en el estado de ánimo ni en los procesos cognitivos).

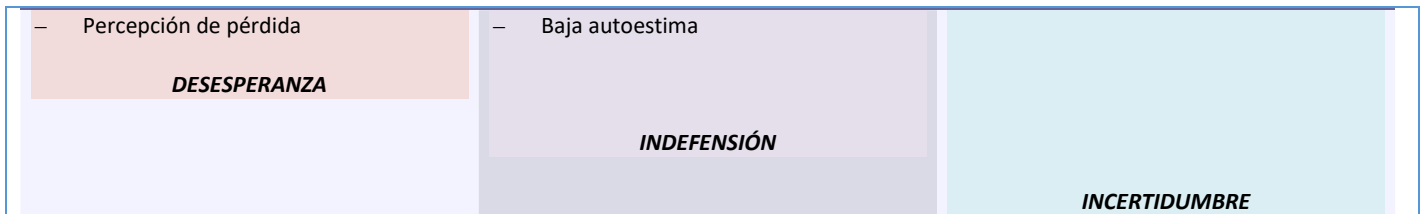
**51. Una diferencia entre ansiedad y depresión es que esta última se asocia más específicamente a:**

1. Bajo afecto positivo.
2. Alto afecto negativo.
3. Alto neuroticismo.
4. Incertidumbre.

**RC 1****ASPECTOS COMUNES Y ESPECÍFICOS EN LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN según Clark y Watson 1981, y Alloy 1990**

DEPRESIÓN	DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	ANSIEDAD
<b>BAJO AFECTO POSITIVO</b>	<b>ALTO AFECTO NEGATIVO</b>	<b>HIPERACTIVACIÓN FISIOLÓGICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tristeza</li> <li>– Anhedonia</li> <li>– Pérdida de interés</li> <li>– Apatía</li> <li>– Tendencias suicidas</li> <li>– Baja activación simpática</li> <li>– Pérdida de apetito</li> <li>– Inhibición psicomotora</li> <li>– Sentimientos de inutilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Irritabilidad</li> <li>– Preocupación</li> <li>– Baja concentración</li> <li>– Insomnio</li> <li>– Fatiga</li> <li>– Agitación psicomotora</li> <li>– Llanto</li> <li>– Sentimientos de inferioridad</li> <li>– Culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Miedo</li> <li>– Pánico</li> <li>– Nerviosismo</li> <li>– Evitación</li> <li>– Inestabilidad</li> <li>– Alta activación simpática</li> <li>– Tensión muscular</li> <li>– Hipervigilancia</li> <li>– Percepción de amenaza/pe-ligro</li> </ul>





52. Las pruebas que se hacen sobre seropositividad en personas que se sospecha una posible infección de VIH supone una acción de tipo:

1. Primaria.
2. Secundaria.
3. Terciaria.
4. Cuaternaria.

## RC 2

La **prevención del sida**, desde el punto de vista psicológico, incluye actuar a nivel de:

- a) Modificación de hábitos y comportamientos de riesgo susceptibles de producir la transmisión del virus.
- b) Disminución de la vulnerabilidad a la enfermedad en los organismos expuestos al virus.
- c) Conseguir que los medios preventivos lleguen con facilidad a los sujetos de riesgo.

- **Prevención primaria:** educación para la salud, información clara y precisa tendente a modificar hábitos de conducta para evitar el contagio (preservativos, jeringuillas)
- **Prevención secundaria:** pruebas de seropositividad ante la sospecha de contagio y revisiones periódicas para los seropositivos; aprendizaje de estrategias de afrontamiento y relajación.
- **Prevención terciaria:** evitar complicaciones y recaídas; trabajar las respuestas emocionales negativas y apoyar al sujeto en su fase terminal.

53. La **diabetes tipo II** se caracteriza por:

1. Comenzar en la edad adulta.
2. Una falta de insulina endógena.
3. Bajos niveles de glucosa plasmática.
4. Un deterioro pancreático.

## RC 1

### Características diferenciales entre la diabetes tipo I y tipo II según Olefsky y Kolterman, 1981

DIABETES TIPO I	DIABETES TIPO II
Niños y adolescentes (12 años)	Edad adulta
Falta de insulina endógena	Existe insulina endógena
Deterioro pancreático: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Infección viral</li> <li>– Genético</li> </ul>	Problemas en: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Receptores de la insulina</li> <li>– Déficit de acción de la insulina</li> <li>– Altos niveles de glucosa plasmática</li> </ul>
Diabetes dependiente de insulina (DDI)	Diabetes no dependiente (DNDI)
Necesidad de insulina exógena	No necesidad de insulina exógena
Nunca control por dieta y ejercicio	Control por dieta y ejercicio
Control por administración de insulina	

54. ¿Qué tratamiento de los siguientes se considera bien establecido para la bulimia nerviosa?:

1. La terapia cognitivo-conductual.
2. La terapia interpersonal.
3. La farmacoterapia.
4. Los libros de autoayuda.

## RC 1

### Clasificación de los tratamientos eficaces para el tratamiento de la BULIMIA NERVIOSA

(Tomado y adaptado de Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (Comps.)

(2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces)

TBE	TPE	TEFE
Terapia cognitivo – conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Terapia Interpersonal.</li> <li>– Farmacoterapia.</li> </ul>	Exposición + prevención de respuesta /Libros autoayuda y programas grupales breves

55. En lo referente al tratamiento Cognitivo-Conductual de Kendall (2006) (*Programa de CopingCat*), señale la alternativa INCORRECTA:

1. Es un tratamiento dirigido a los trastornos de ansiedad.
2. El tratamiento incluye la enseñanza de ciertas habilidades.
3. Se utilizan experiencias imaginales, simuladas y en vivo de situaciones individualizadas.
4. Es un tratamiento dirigido a niños de 3 a 6 años de edad.

#### RC 4

**Tratamiento Cognitivo-Conductual de Kendall (2006) (*Programa de Coping Cat*)**, dirigido a los trastornos de ansiedad en general:

- Tratamiento para niños de 8 a 13 años.
- Existen manuales de Kendall y cols., (2002) para adolescentes de 14 a 17 años.
- El tratamiento incluye la enseñanza de ciertas habilidades:
  - ✓ Distinguir varios tipos de emociones.
  - ✓ Identificar las propias respuestas somáticas de ansiedad.
  - ✓ Respiración profunda y relajación muscular y progresiva.
  - ✓ Identificar los pensamientos en situaciones ansiógenas, desafiar los pensamientos negativos y elaborara pensamientos de afrontamiento.
  - ✓ Resolución de problemas para seleccionar estrategias que permitan afrontar la ansiedad.
  - ✓ Autoevaluación y autorrecompensa.

Una vez aprendidas estas habilidades, el niño las aplica por medio de experiencias imaginales, simuladas y en vivo de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que preocupan.

56. ¿Cómo se denomina el trastorno que consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales que sugieren un trastorno neurológico o médico?:

1. Somatización.
2. Conversión.
3. Hipocondría.
4. Facticio.

#### RC 2

El **trastorno de conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.

57. ¿Cuál de las siguientes hipótesis etiológicas para el trastorno autismo NO se ha planteado desde la perspectiva genética y neurobiología?

1. El "síndrome X-frágil".
2. Alteración del sistema inmunológico.
3. La Fenilcetonuria.
4. Bajas concentraciones de serotonina.

#### RC 4

Los estudios han planteado **niveles elevados de serotonina, dopamina y noradrenalina** en individuos autistas, pero de los tres, el que mayor apoyo científico tiene, es la serotonina.

58. Para Karl Leonhard (1957), las personas con un trastorno afectivo unipolar son aquellas que:

1. Poseen una historia de solo depresión o solo manía.
2. Poseen una historia de depresión y manía.
3. Han tenido alguna vez un episodio de ciclotimia junto a un episodio de depresión.

4. Han tenido alguna vez un episodio de distimia pero no un episodio completo de depresión.

**RC 1**

El psiquiatra alemán **Karl Leonhard** (1957) fue el primero en **separar** los trastornos afectivos en:

- **Unipolar:** personas con historia sólo de depresión o sólo de manía,
- **Bipolar:** personas con trastornos maniaco-depresivos o circulares. Esta es la concepción clasificatoria actual de los trastornos anímicos.

**59. ¿Para qué sirven las denominadas unidades de cambio vital (UCV)?:**

1. Evaluar el tipo de afrontamiento ante el estrés.
2. Evaluar los fastidios o contrariedades diarios.
3. Diferenciar los sucesos de cambio de residencia.
4. Cuantificar el estrés por sucesos múltiples.

**RC 4**

**Holmes y colaboradores** elaboraron el autoinforme: **SRE** o **Inventario de Experiencia Reciente** para recoger ítems sobre **sucesos vitales**, eventos que requieren de algún cambio o ajuste por parte del individuo. Se asume que los sucesos vitales pueden evocar primariamente reacciones psicofisiológicas. A mayor cambio, mayor probabilidad de enfermar.

Además del **SRE**, **Holmes y Rahe** publicaron el **SRRS (Escala de Estimación del Reajuste Social)** donde se mide con **Unidades de Cambio Vital (UCV)** el valor o ponderación que se asigna a cada uno de los sucesos vitales con un procedimiento de escalamiento y con la finalidad de cuantifica el estrés. Para **Holmes y col**, estos sucesos podían predecir el desarrollo de trastornos tanto físicos como psicológicos.

**60. ¿Cómo se denominan los esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente al estrés?:**

1. Evaluación primaria.
2. Distrés.
3. Estrategias de afrontamiento.
4. Creencias de salud.

**RC 3**

**Las estrategias de afrontamiento** (coping) son esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas y para suprimir el estado emocional del estrés. Es la última etapa del proceso de estrés propiamente dicho.

**61. El programa PEAC (emoción-acción-cognición) de Méndez (2002) es un tratamiento cognitivo-conductual para:**

1. La depresión mayor infantil.
2. El trastorno de ansiedad generalizada.
3. El estrés postraumático.
4. El tratamiento de los celos infantiles.

**RC 1**

El **programa Emoción-acción-cognición (PEAC) (Méndez, 2002)** es un tratamiento cognitivo-conductual, basado en los protocolos de Stark y de Lewinsohn, para la **depresión infantil**. Consta de 3 componentes:

- 1) **Educación emocional:** su objetivo es enseñar a reconocer y discriminar las emociones.
- 2) **Actividades agradables:** se seleccionan grupos de actividades agradables reforzantes y se planifica su realización.
- 3) **Reestructuración cognitiva:** el objetivo es detectar pensamientos depresógenos y a combatirlos sustituyéndolos por interpretaciones racionales.

**62. Siguiendo a Ajuriaguerra y col. 1970; Caballero, 1991, la involución que se produce en el primer nivel de la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por:**

1. Comienzo insidioso con una duración de 2 a 4 años de edad.
2. La principal función alterada es la atención.
3. El paciente no es consciente de la enfermedad.
4. Necesidad de ayuda para realizar prácticamente todas las actividades.

**RC 1**

Esta enfermedad (EA) sigue un curso evolutivo, por lo general destacando **4 niveles de involución** (Ajuriaguerra, Rego y Tissot,

1970; Caballero, 1991).

**En el primer nivel:**

- Duración de 2 a 4 años, comienzo insidioso.
- Principal característica: alteración mnésica (memoria a corto plazo).
- Frecuentes cambios de personalidad.
- En este nivel el paciente puede ser aún consciente de su enfermedad.
- Otra característica de este nivel es la pérdida de la iniciativa y desinterés por actividades cotidianas, así como trastornos afectivos (depresión), la sintomatología depresiva es más frecuente en los inicios de la EA y se hace menos prominente cuando la EA progresa.

**63. La tasa de prevalencia obtenida en el momento en que se ejecuta el estudio es la:**

1. De periodo.
2. Puntual.
3. Vital.
4. Descriptiva.

**RC 2**

**La tasa de prevalencia** es el número de casos total de un trastorno en una población, acumulados a lo largo de un intervalo de tiempo. **3 tipos:**

- **Prevalencia puntual:** momento en que se ejecuta el estudio.
- **Prevalencia de periodo:** intervalo de un año o seis meses.
- **Prevalencia vital:** número de individuos de una población que han tenido un episodio del trastorno en algún momento de su vida.

**64. Para Higuera y col., las "anormalidades cuantitativas" de la conciencia son, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. La elevación del umbral de la atención.
2. La indiferencia.
3. La perplejidad.
4. La hiperprosexia.

**RC 3**

Enfoque de Higuera, Jiménez y López (Compendio de Psicopatología, 1979): En el capítulo titulado "Psicopatología de la atención y de la conciencia", afirman que la atención estaría tan relacionada con la conciencia que no sería posible separarla de ella. "Si la conciencia es la *luz* que ilumina la escena, la atención es el *foco* que hace resaltar unos objetos del resto". Distinguen entre anormalidades cuantitativas y anormalidades cualitativas de la conciencia:

**Anormalidades cuantitativas:**

- Elevación del umbral de la atención. La atención no se despierta si no es con estímulos intensos (depresiones, estados de agitación, etc.).
- Indiferencia. Considerable falta de atención para interesarse por los acontecimientos, siendo ineficaces los estímulos que despiertan interés en situaciones normales.
- Hiperprosexia. Inestabilidad de la atención y distraibilidad. La atención se dirige superficialmente a los estímulos de cada momento, siendo difícil concentrarla y mantenerla en un objeto.
- Fatigabilidad de la atención. Modificación causada por el efecto de mantener la atención, que se acompaña de escasos rendimientos y abundantes errores.

**Anormalidades cualitativas:**

- Perplejidad. El sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, careciendo de la significación concreta de los fenómenos y sus relaciones efectivas; no acierta a comprender sus actos y las circunstancias que le rodean.

**65. Con respecto a los individuos con algún trastorno del estado de ánimo y su relación con los problemas atencionales, se ha encontrado:**

1. Los depresivos psicóticos presentan una peor ejecución en tareas de vigilancia que los depresivos neuróticos.
2. Los depresivos en tareas de enmascaramiento presentan una peor ejecución que los sujetos normales.
3. Los depresivos, en tareas de enmascaramiento retroactivo su ejecución empeora cuando más largo es el intervalo interestimular.

- Los sujetos deprimidos necesitan menos tiempo que los normales para formar una representación del estímulo.

**RC 1**

Con tareas de vigilancia destaca la investigación de Byrne (1976, 1977), quien encontró patrones de ejecución diferentes entre depresivos neuróticos y depresivos psicóticos, siendo la ejecución peor entre los depresivos psicóticos. Con tareas de enmascaramiento, se encuentra una ejecución igual entre deprimidos y normales, pero cuando se enmascara retroactivamente el estímulo los deprimidos muestran un patrón distinto al de los normales: la ejecución en los sujetos deprimidos sigue mejorando cuanto más largo es el intervalo interestimular, mientras que los normales alcanzan una buena ejecución que ya no mejora con una duración interestimular mayor. Los autores de este estudio concluyeron que los deprimidos necesitan más tiempo que los normales para formar una representación del estímulo, aunque no para registrarla.

Con tareas de escucha dicótica los deprimidos, a diferencia de los sujetos normales, no mejoran su ejecución cuando precisamente se les advierte de qué estímulos han de seleccionar.

**66. El Estupor se caracteriza por:**

- Hiperactivación psíquica y motora.
- Estado de ánimo predominantemente ansioso, colérico o eufórico.
- Agresividad hacia sí mismo y hacia los demás.
- Ausencia o reducción de las respuestas.

**RC 4**

El estupor es un síndrome de inhibición o retardo psicomotor caracterizado por un estado de conciencia en el que predomina una ausencia (acinesia) o reducción (hipocinesia) de las respuestas.

Su expresión más significativa es la ausencia de las funciones de relación, con una paralización absoluta del cuerpo y con un mutismo cuya duración puede ser desde unos minutos hasta semanas.

Para salir de este estado se requiere de una estimulación intensa y repetida.

**67. ¿Quién propuso la teoría de la coacción para explicar de qué forma se desarrolla en un niño etiquetado de agresivo un patrón de comportamiento problemático?:**

- Bandura.
- Patterson.
- Achenbach.
- Quay.

**RC 2**

Patterson y cols. crearon un programa de intervención basándose en la perspectiva del aprendizaje social llamado "Teoría de la coacción" para explicar de qué forma se desarrolla en un niño etiquetado de agresivo un patrón de comportamiento problemático.

Las observaciones realizadas en familias con niños de poblaciones clínicas indican que las acciones de agresión física no eran comportamientos aislados. Por el contrario, tendían a ocurrir junto a una amplia gama de conductas nocivas que se utilizaban para controlar a los miembros de la familia en un proceso denominado coacción.

La teoría de la coacción plantea que existen conductas coactivas en los niños recién nacidos que son instintivas (como llorar) las cuales influyen en la conducta de la madre y que permiten la supervivencia del niño. Durante el desarrollo, el niño va cambiando estas conductas coactivas por habilidades sociales y verbales. Pero en determinadas condiciones el niño mantiene las conductas de origen. Uno de los principales factores es la falta de habilidades de gobierno por parte de los padres (el no saber castigar y reforzar de forma adecuada). Por ejemplo, cuando la madre se encuentra con el niño en un supermercado y cede ante una rabieta de éste en una tienda y le compra algo que él desea. Sin embargo, las consecuencias a corto plazo son diferentes de las de a largo plazo, básicamente porque el niño aprende a manipular la situación mediante el llanto. A esta interacción Patterson le denomina trampa del reforzamiento negativo.

**68. Una de las diferencias entre los tics motores o vocales crónicos y el Trastorno de la Tourette es que en este último;**

- Su inicio es anterior a los 18 años.
- Los tics motores y los vocales pueden darse de forma simultánea.
- Los tics generan un deterioro crónicamente significativo.
- Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día o de forma intermitente.

**RC 2**

Diferencias entre el Trastorno de la Tourette y el Trastorno por tics motores o vocales crónicos y el trastorno por tics transitorio. En el Trastorno de la Tourette:

- Tic motores múltiples y uno o más tics vocales (no necesariamente simultáneos).
- Los tics aparecen durante más de 1 año (sin un periodo libre de tics superior a 3 meses).

Similitudes:

- Inicio anterior a los 18 años de edad.
- Los tics generan un deterioro clínicamente significativo.
- Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día o de forma intermitente.
- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de un fármaco o de una enfermedad médica.

**69. Según el DSM-5, la esquizofrenia de tipo paranoide se caracteriza por:**

1. Su inicio es más tardío que en los otros tipos de esquizofrenia
2. Posee un menor deterioro y tiene mejor pronóstico.
3. Posee una mejor respuesta a los neurolépticos.
4. El DSM-5 no propone este tipo de esquizofrenia.

**RC 4**

El DSM-5 no distingue subtipos de esquizofrenia y la única especificación que permite hacer el DSM-5 en los criterios diagnósticos para la esquizofrenia es la de "con catatonía".

**70. Ingvar y cols. (1974) mostraron con estudios basados en el riego sanguíneo cerebral en esquizofrénicos un proceso disfuncional a nivel de:**

1. Ganglios basales.
2. Hipotálamo.
3. Cerebelo.
4. Lóbulo frontal.

**RC 4**

Mediante técnicas de riego sanguíneo cerebral (RSC), Ingvar y su grupo de trabajo (1974) aportaron el primer testimonio de hipofrontalidad en esquizofrénicos. En condiciones de reposo y de activación los esquizofrénicos no mostraban un patrón normal de riego sanguíneo cerebral, es decir, un incremento de riego en zonas anteriores en relación con zonas posteriores del cerebro. Así, las alteraciones en los patrones del flujo sanguíneo cerebral podían estar relacionadas con la esquizofrenia.

**71. ¿En cuál de los siguientes trastornos de la conducta alimentaria NO se producen conductas compensatorias inapropiadas encaminadas a mitigar el efecto en el peso de la sobre-ingesta (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo, etc.)?:**

1. Anorexia nerviosa subtipo purgativo.
2. Obesidad.
3. Trastorno por Atracón.
4. Anorexia.

**RC 3**

Trastorno por atracón (DSM-IV-TR)	Trastorno por atracones (DSM-5)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón debe cumplir las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta de gran cantidad de comida, durante un periodo discreto de tiempo (2 horas). (A menudo no se cumple éste criterio).</li> <li>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio.</li> </ol> <p>B. Los atracones se asocian a 3 (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.</li> <li>2. Comer hasta sentirse desagradablemente</li> </ol>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</li> <li>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede</li> </ol>

<p>lleno.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ingesta de grande cantidades de comida a pesar de no tener hambre.</li> <li>4. Comer a solas para esconder su voracidad.</li> <li>5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.</li> </ol> <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días /semana durante 6 meses.</p> <p>E. <b>El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas</b>, y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.</p>	<p>controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.</li> <li>2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.</li> <li>3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.</li> <li>4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.</li> <li>5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.</li> </ol> <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. <b>El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado</b> como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p> <p><b>Especificar si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>En remisión parcial:</b> Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.</li> <li>▪ <b>En remisión total:</b> Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</li> </ul> <p><b>Especificar la gravedad actual:</b> La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Leve:</b> 1–3 atracones a la semana.</li> <li>– <b>Moderado:</b> 4–7 atracones a la semana.</li> <li>– <b>Grave:</b> 8–13 atracones a la semana.</li> <li>– <b>Extremo:</b> 14 o más atracones a la semana.</li> </ul>
---	---

**72. ¿Qué teoría sobre el dolor explica éste como una sensación específica producto de la transmisión lineal y directa del input nociceptivo?:**

1. La teoría de la puerta.
2. La teoría de la especificidad.
3. La teoría sensorial-discriminativa.
4. La teoría motivacional-afectiva.

## RC 2

**La teoría de la especificidad** explicaba el dolor como una sensación específica producto de la transmisión lineal y directa del input nociceptivo.

**73. ¿Qué tratamiento de los siguientes para el dolor crónico se encuentra en fase experimental?:**

1. La hipnosis.
2. La relajación en los niños.
3. El biofeedback en la enfermedad de Reynaud.

4. El biofeedback en cefaleas infantiles.

## RC 1

**Clasificación de los tratamientos eficaces para el tratamiento del DOLOR CRÓNICO** (Tomado y adaptado de Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*)

TRATAMIENTO BIEN ESTABLECIDO	TRATAMIENTO PROBABLEMENTE EFICAZ	TRATAMIENTO EN FASE EXPERIMENTAL
Relajación niños Biofeedback enfermedad de Reynaud Prog. Multicomponente (Relajación + Feedback + T. cognitivas + T. operantes)	Biofeedback cefaleas infantiles	Relajación adultos Imaginación guiada Hipnosis

**74. Un tratamiento bien establecido para la timidez en niños y jóvenes es:**

1. La técnicas cognitivo-conductual (Weinrott et al. y Trianes et al.)
2. El tratamiento con modelado simbólico (O'Connor et al.)
3. La exposición.
4. El entrenamiento en habilidades sociales.

## RC 2

**Clasificación de los tratamientos eficaces para el tratamiento de la TIMIDEZ en niños y jóvenes**

(Tomado y adaptado de Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*)

TBE	TPE	TEFE
Tratamiento con modelado simbólico (O'Connor et al.).	Otros tratamientos con modelado simbólico). Entrenamiento en habilidades sociales. Técnicas cognitivo-conductuales (Weinrott et al. y Trianes et al.).	Técnicas operantes. Técnicas cognitivo-conductuales. Exposición. Tratamiento no cognitivos-conductuales.

**75. Una característica distintiva entre los rituales del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y los rituales evolutivos es que estos últimos:**

1. Son vividos con ansiedad.
2. No interfieren en la vida cotidiana.
3. Su finalidad es combatir temores.
4. Al ser interrumpidos general irritabilidad.

## RC 2

**Diferencias entre los rituales obsesivo-compulsivos y los evolutivos**

(Tomado y adaptado de Toro J., 1987)

	OBSESIVO - COMPULSIVO	EVOLUTIVO
<b>Ritual</b>	Vívido con ansiedad	Lúdico, placentero
<b>Interrupción del ritual</b>	Genera irritabilidad y agresividad	Sin reacciones de molestia y desasosiego
<b>Vida cotidiana</b>	Muy interferida	Sin interferencias
<b>Finalidad del rito</b>	Combatir temores	Lúdica, práctica
<b>Percepción por otras personas</b>	Ritos que impresionan como perturbadores e invasores	Ritos sin apariencia alarmante, circunstanciales

**76. Los siguientes síntomas nos puede hacer sospechar de apnea del sueño en un niño, EXCEPTO:**

1. Respiración débil.
2. Micciones nocturnas.
3. Bruxismo.
4. Alteraciones del comportamiento.

## RC 1

Existen varios síntomas que pueden hacernos sospechar una **apnea del sueño infantil**:



- ✓ Ronquidos.
- ✓ Respiración fuerte.
- ✓ Micciones nocturnas.
- ✓ Bruxismo.
- ✓ Alteraciones del comportamiento.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Bajo rendimiento escolar y dificultad para la concentración.
- ✓ Alteraciones del metabolismo.

**77. ¿De qué tipo de fobias es un rasgo distintivo el patrón de respuesta cardiovascular bifásico, caracterizado inicialmente por un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y tensión arterial, seguido de una importante activación vasovagal del ritmo cardíaco?:**

1. Fobia a las alturas.
2. Fobia a la sangre.
3. Agorafobia.
4. Miedo a las enfermedades.

#### RC 2

En la **fobia a la sangre-herida** se produce una respuesta cardiovascular bifásica que consiste en una activación simpática inicial seguida de una repentina reducción simpática e incremento en el tono vago. Patrón que lleva a una caída brusca de la presión sanguínea y de la actividad cardíaca que suele traducirse en desmayo del individuo.

**78. ¿En qué tipo de población es mayor la incidencia de los síntomas negativos y duración de la esquizofrenia?:**

1. En los hombres.
2. En las mujeres.
3. En los niños menores de 12 años de edad.
4. En las mujeres de entornos rurales.

#### RC 1

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 0,3 al 0,7 % aunque se han comunicado variaciones según la raza/el grupo étnico, según el país y según el origen geográfico en los inmigrantes e hijos de inmigrantes. La proporción de sexos difiere según la muestra y la población: por ejemplo, si se hace hincapié en los síntomas negativos y en una mayor duración de la enfermedad (que se asocian a un peor pronóstico), la incidencia es mayor en los varones, mientras que las definiciones que permiten incluir más síntomas del estado de ánimo y cuadros breves (que se asocian a un mejor pronóstico) muestran un riesgo equivalente para ambos sexos.

El DSM-5 señala también que, en las mujeres, los síntomas tienden a presentar más carga afectiva, aparecen más síntomas psicóticos y hay una mayor tendencia a que los síntomas psicóticos empeoren en las etapas posteriores de la vida. Otra diferencia sintomática es la menor frecuencia de síntomas negativos y desorganización en las mujeres. El funcionamiento social tiende a estar mejor preservado en las mujeres. Sin embargo, hay frecuentes excepciones a estas normas generales.

**79. La tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión denota el error cognitivo en la depresión:**

1. Inferencia arbitraria.
2. Abstracción selectiva.
3. Magnificación.
4. Personalización.

#### RC 4

##### ERRORES COGNITIVOS EN LA DEPRESIÓN SEGÚN LA TEORÍA DE BECK

ERROR COGNITIVO	DEFINICIÓN
Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.
	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico fuera de su contexto e

<b>Abstracción selectiva</b>	ignorando otros elementos más relevantes de la situación.
<b>Generalización excesiva</b>	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.
<b>Magnificación y minimización</b>	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación.
<b>Personalización</b>	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.
<b>Pensamiento absolutista y dicotómico</b>	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.

**80. ¿Qué método consanguíneo posibilita separar las influencias genéticas y las ambientales?:**

1. Estudios familiares.
2. Estudios de gemelos monocigóticos.
3. Estudio de gemelos dicigóticos.
4. Estudio de adopciones.

**RC 4**

**Se distinguen 3 tipos de métodos consanguíneos:**

1. **Estudios familiares:** identifican primero la muestra de los casos y la de los controles. Posteriormente, se asigna la cohorte de los casos (familiares de los casos) y la de los controles (familiares de los controles).
2. **Estudios de gemelos:** (monocigóticos o dicigóticos). Los porcentajes de concordancia entre gemelos indican la heredabilidad de los trastornos psicopatológicos. El procedimiento longitudinal con muestras de gemelos posibilita examinar las influencias genéticas sobre la conducta. Permiten probar también hipótesis opuestas (relacionadas con la influencia ambiental sobre la aparición de los trastornos).
3. **Estudios de adopción:** El muestreo de casos se efectúa en base a que los padres biológicos de menores adoptados posean algún trastorno específico. Posibilita separar las influencias genéticas y las ambientales.

**81. Los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología son, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Suelen utilizar términos como conductas anormales y enfermedades mentales.
2. Hincapié en los fenómenos subjetivos de las personas.
3. El objetivo de la investigación psicopatológica es el estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos.
4. La salud mental se puede definir sobre la base de una serie de parámetros en constante interrelación entre los que se encuentran la habilidad para adaptarse a las demandas externas e internas y los sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación.

**RC 1**

**Los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología son los siguientes (Belloch, 1987):**

- A. En lugar de utilizar términos como conductas anormales o enfermedades mentales, se prefieren términos más amplios como los de "experiencias inusuales o anómalas" o "disconformidad".
- B. Para poder afirmar que una persona tiene experiencias subjetivas o anómalas hay que hacer referencia a los fenómenos subjetivos, cuyo conocimiento depende de la introspección y de los informes verbales proporcionados por el sujeto.
- C. El objetivo de la investigación psicopatológica es el estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos.
- D. La salud mental se puede definir sobre la base de tres parámetros en constante interrelación:
  - Habilidad para adaptarse a las demandas externas e internas.
  - Que debe estar contrabalanceada por las tendencias de autoactualización.
  - Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación.

**82. ¿Qué teorías de la conciencia parten del supuesto de la existencia simultánea de dos estados mentales a nivel consciente, uno básico y otro reflexivo?:**

1. Dualistas.
2. Basadas en los niveles de organización.
3. De la representación.
4. Neurales.

#### RC 2

**Las teorías basadas en niveles de organización** parten del supuesto de la existencia simultánea de dos estados mentales a nivel consciente. Uno básico (por ejemplo., deseo de beber) y otro reflexivo de apercebimiento del primero (metaconsciencia). No rechazan la idea de inconsciente, aunque no lo conciben en sentido psicoanalítico. Estas teorías están influyendo en la actual neuropsicología cognitiva y en los estudios de teoría de la mente

**83. Para el DSM-5, un individuo se sitúa en la escala de gravedad de la discapacidad intelectual en el dominio social como leve cuando:**

1. En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales.
2. El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática.
3. El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad.
4. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de acontecimientos cotidianos.

#### RC 1

**Escala de gravedad LEVE de la discapacidad intelectual (DSM-5). En relación al DOMINIO SOCIAL:**

- En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir las señales sociales de sus iguales.
- La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros que los esperados por la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad. Estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales.
- Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).

**84. Una de las características de la Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) de Wykes y Reeder (2005) es:**

1. Enriquecer el entorno del individuo con estímulos discriminativos de posibles refuerzos positivos.
2. Trata de corregir y mejorar los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención del sujeto.
3. Se compone de 75 sesiones de 1 hora de duración.
4. Está estructurada en 3 fases.

#### RC 2

La **Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) de Wykes y Reeder (2005)** está diseñada para corregir y mejorar los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención.

Está compuesta por 40 sesiones de 1 hora de duración, con la frecuencia de tres sesiones por semana. Se aplican las tareas graduadas por orden de dificultad y tiene cinco fases:

- 1) Compromiso: tomar conciencia de debilidades y fortalezas y su relación con el funcionamiento general.
- 2) Provisión de estructura y desempeño regular: se compensa el deterioro buscando el éxito y utilizando modelado y tareas de memoria implícita.
- 3) Enseñanza y refuerzo del uso de estrategias cognitivas y de conocimiento metacognitivo: se usa modelado, repetición y finalmente ejecución encubierta.
- 4) Asunción de la estructura y desempeño regular por el paciente: que el paciente se responsabilice de generar él estrategias.
- 5) Trasladando las nuevas habilidades cognitivas y metacognitivas a los ambientes de la vida cotidiana, fomentando la autonomía.

A lo largo de este proceso se utilizan diferentes técnicas: modelado, condicionamiento operante, instrucciones explícitas, cuestionamiento socrático, no comisión de errores, la práctica multimodal y el andamiaje.

**85. Según Lewinsohn el hecho que la conducta depresiva llegue a ser aversiva para las personas que rodean al deprimido es un factor:**

1. Desencadenante.
2. Predisponente.
3. Mantenedor a largo plazo.
4. Mantenedor a corto plazo.

### RC 3

**Factores mantenedores de la depresión según Lewinsohn:**

- **A corto plazo** la conducta depresiva se mantiene al provocar refuerzo social positivo de las personas de su entorno (simpatía, atención, apoyo, afecto).
- **A largo plazo** la conducta depresiva llega a ser aversiva para las personas que rodean al deprimido y que provoca un reforzamiento reducido: espiral patológica que mantiene en el tiempo a la depresión.

**86. En función de su duración se considera como disfemia evolutiva aquella que:**

1. Se inicia entre los 3 y 5 años y que remite a los pocos meses.
2. Se inicia entre los 5 y 8 años y que remite a los pocos meses.
3. Se inicia sobre los 4 años y su duración es de 2 ó 3 años.
4. Se inicia sobre los 7 años y su duración es de 3 ó 4 años.

### RC 1

En función de la duración del trastorno se han distinguido entre:

- **Disfemia evolutiva:** inicio entre los 3 y 5 años, con remisión a los pocos meses.
- **Disfemia benigna:** inicio sobre los 7 años. Su duración es de 2 ó 3 años.
- **Disfemia persistente:** cuadro disfémico que empieza entre los 3 y 8 años y se cronifica.

**87. Para Covington y cols. (2005) el lenguaje esquizofrénico se caracteriza por dos alteraciones principales, estas son:**

1. La ecolalia y el bloqueo.
2. Monólogo y lenguaje egocéntrico.
3. Pobreza del discurso y parafasia semántica.
4. El trastorno del pensamiento y la esquizoafasia.

### RC 4

**Covington y cols. (2005), desde una perspectiva lingüística, señalan que en el lenguaje esquizofrénico hay al menos dos alteraciones principales:**

- **EL TRASTORNO DEL PENSAMIENTO:** influye negativamente en los aspectos pragmáticos y, posiblemente, en los aspectos semánticos del lenguaje. La fonética es con frecuencia anormal. La fonología, morfología y sintaxis son normales (o cerca de serlo). El acceso al léxico está alterado y se manifiesta como habla artificial, aproximación de palabras y neologismos. La glosomanía se relaciona con la distraibilidad y la falta de control sobre la autorregularización del lenguaje.
- **LA ESQUIZOAFASIA:** lenguaje alterado e incomprensible. Comprende alteraciones como neologismos, ininteligibilidad y asonancia (glosomanía).

**88. ¿Cómo se denomina el hecho de que las emociones de un sujeto no se correspondan o sean inadecuadas de un modo natural con el contenido de sus vivencias?:**

1. Paratimia.
2. Alexitimia.
3. Rigidez afectiva.
4. Aprosodia.

### RC 1

**Paratimia o inadecuación afectiva:** las emociones del sujeto no se corresponden de un modo natural con el contenido de sus vivencias, incluyendo la conciencia de sí mismo y su entorno. Inadecuación que puede abarcar aspectos cuantitativos (intensidad) o cualitativos (matización o tonalidad). Se observa con frecuencia en pacientes esquizofrénicos (siendo más típica de los síntomas negativos) y en trastornos orgánico-cerebrales.

**89. ¿Para cuál de los siguientes trastornos está indicado como tratamiento de elección el programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por Fairburn, Marcus y Wilson (1993)?:**

1. En la anorexia nerviosa.

2. En el trastorno dismórfico corporal.
3. En la obesidad.
4. En la bulimia nerviosa.

**RC 4**

Los tratamientos cognitivos-conductuales utilizados en el tratamiento de la bulimia nerviosa surgen mayormente del trabajo pionero de **Fairburn** (1981). Esta autor parte del supuesto de que son las ideas disfuncionales que la paciente tiene respecto a la comida y a su propio cuerpo el eje central del trastorno bulímico. La tendencia a valorarse en función de la figura y el peso, la baja autoestima, el elevado perfeccionismo y la presencia de pensamiento dicotómico (por ej.: si como una chocolatina no podré parar) favorecen el miedo a engordar. La restricción alimentaria o el control excesivo incrementa la vulnerabilidad al atracón y su consiguiente vómito o conductas de ayuno.

**El tratamiento de Fairburn consta tres fases:**

1. Uso de técnicas conductuales para el control del atracón y de las conductas purgativas.
2. Se incide en la modificación de los componentes cognitivos del trastorno.
3. Se prepara al paciente para la terminación del tratamiento, abordando la prevención de recaídas.

Esta propuesta inicial ha sido modificada tanto por el propio Fairburn como por otros investigadores, añadiendo otras técnicas como la relajación o exposición más prevención de respuesta.

**90. El modelo propuesto por Brown (1986) para explicar la predisposición al juego patológico se base en el concepto de:**

1. Personalidad antisocial.
2. Activación fisiológica.
3. Condicionamiento de segundo orden.
4. Sesgos atencionales.

**RC 2**

**El modelo de Brown (1986)** considera la activación inherente al juego como reforzante. Hay diferencias individuales en el nivel de arousal óptimo. Aquellas personas para las que una baja activación resulta desagradable y que descubren el alto poder reforzante de la conducta adictiva (el juego) tenderán a repetir cada vez más esta conducta. Esto dará lugar finalmente a sensaciones del síndrome de abstinencia cuando no juega y que solo son aliviadas por el juego (refuerzo negativo).

**91. El trastorno negativista desafiante se ubica en el DSM-5 dentro del grupo de:**

1. Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.
2. Trastornos del desarrollo neurológico.
3. Trastornos relacionados con traumas y estresores.
4. Trastornos de la personalidad.

**RC 1**

El nuevo capítulo del DSM-5, denominado **“Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta”**, está compuesto por los siguientes trastornos:

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno de la conducta.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Piromanía.
- Cleptomanía.
- Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado.
- Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado.

**92. ¿Qué tratamiento se considera bien establecido para el trastorno de pesadillas?:**

1. Entrenamiento en sueños lúcidos.
2. Autoexposición.
3. Desensibilización sistemática de movimientos oculares.
4. Repaso en imaginación.

**RC 4****Clasificación de los tratamientos eficaces para el tratamiento de las PESADILLAS**

(Tomado y adaptado de Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003).  
Guía de tratamientos psicológicos eficaces)

TRATAMIENTO BIEN ESTABLECIDO	TRATAMIENTO PROBABLEMENTE EFICAZ	TRATAMIENTO EN FASE EXPERIMENTAL
Desensibilización sistemática. Repaso en imaginación.	Desensibilización sistemática de movimientos oculares. Autoexposición.	Entrenamiento en sueños lúcidos. Hipnosis.

**93. Es característico del trastorno de depresión mayor, EXCEPTO:**

1. Una prevalencia mayor en los hombres que en las mujeres.
2. Su aparición por primera vez puede ser a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad.
3. Su curso es bastante variable.
4. La cronicidad de los síntomas aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias.

**RC 1**

La **prevalencia** a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7 %, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las **mujeres** presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la **adolescencia temprana**.

**94. ¿Qué autor se basa en la premisa de que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información?:**

1. Skinner.
2. Seligman.
3. Beck.
4. Costello.

**RC 3**

La **premis**a básica de Beck es que en los trastornos depresivos existe una **distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información**.

**El procesamiento distorsionado:**

- Puede ser el producto de muchos factores: genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.
- Funciona como factor de mantenimiento de la depresión.
- Es un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los otros síntomas depresivos (afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos).

**95. La teoría sobre la depresión de Rehm plantea la existencia de un déficit de autocontrol en las conductas:**

1. De búsqueda de apoyo social.
2. De estímulos discriminativos.
3. De refuerzo externo.
4. De autoobservación.

**RC 4**

Para Rehm, en la depresión, las personas **están desesperanzadas** sobre sus metas a largo plazo y se sienten **incapaces de controlar** su propia conducta. **Es un modelo de diátesis-estrés:** un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo.

**Déficit en el repertorio de habilidades de autocontrol en depresivos:**

- **Déficit en las conductas de autoobservación:**
  - Visión negativa y pesimista.
  - Tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas.
- **Déficit en las conductas de autoevaluación:** los individuos con criterios muy altos en autoevaluación son más vulnerables a la depresión (a veces no alcanzan tales criterios y se evalúan negativamente):
  - Errores de autoatribución: atribución interna, estable y global de los sucesos negativos;

- Atribución externa, inestable y específica de los sucesos positivos.
- **Déficit en las autoconductas de autorreforzamiento:** el sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos.

**96. Las cifras de prevalencia de la fobia social en la población clínica y según el género son:**

1. Más altas en las mujeres.
2. Más altas en las niñas adolescentes que en los niños adolescentes.
3. Similares o ligeramente más altas en los varones.
4. Ligeramente más bajas en los varones.

**RC 3**

En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones. Esto hace pensar que las funciones del género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino.

**97. Con respecto a la Terapia Cognitivo-Conductual en Grupo (TCCG) de Heimberg y cols., para el tratamiento de la fobia social, señale la alternativa CORRECTA:**

1. Se lleva a cabo por dos terapeutas.
2. Consta de 7 sesiones semanales.
3. Las dos primeras sesiones consisten en animar al paciente para abandonar los comportamientos de seguridad.
4. Se asignan tareas de exposición para casa a través de vídeos.

**RC 1**

Se trata de una terapia que se lleva a cabo por dos terapeutas durante 12 sesiones semanales de dos horas y media de duración y con grupos formados por entre cuatro y seis participantes.

- Las dos primeras sesiones se dedican a enseñar a los pacientes a identificar los pensamientos automáticos y a que encuentren la covariación con la ansiedad, a debatir los errores de la lógica y a formular alternativas más racionales.
- En las siguientes sesiones los pacientes deben enfrentarse gradualmente a las situaciones temidas (primero en la sesión y luego en la vida real) utilizando sus habilidades cognitivas.
- En la sesión que los pacientes trabajan en sus propias situaciones, éstos deben seguir el siguiente procedimiento estándar:
  1. Identificar los pensamientos automáticos.
  2. Identificar los errores lógicos de dichos pensamientos.
  3. Debatir sus pensamientos automáticos y formular respuestas racionales.
  4. Definir unas metas conductuales.
- Los pacientes ponen en práctica habilidades cognitivas mientras que realizan tareas conductuales y se repasa el logro de las metas y el uso de las habilidades cognitivas.
- Se asignan tareas de exposición para casa, en situaciones de la vida real.
- Se dan instrucciones para que ellos mismo realicen los ejercicios de reestructuración cognitiva antes y después de la exposición.

**98. Según la teoría reformulada de la indefensión (1978), ¿qué se requiere para que exista una reacción depresiva en humanos?:**

1. La experiencia de desesperanza.
2. Baja autoestima.
3. Una atribución causal.
4. Una falta de refuerzos positivos.

**RC 3**

**Abramson, Seligman y Teasdale** sugirieron que la teoría de la IA presentaba cuatro problemas:

- 1) No explicaba la baja autoestima típica de la depresión.
- 2) No daba cuenta del hecho de que los depresivos a menudo se autoinculpan por sus fallos.
- 3) No explicaba la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos.
- 4) No explicaba satisfactoriamente el estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión.

**Reformulación de Abramson y su equipo. Análisis atribucional** que apela a 3 dimensiones atribucionales:

- **Internalidad-externalidad:** Si la causa de la incontrolabilidad se atribuye la falta de control o factores internos se produce un

descenso de la autoestima; Si se hace la atribución a factores externos aumenta la autoestima.

- **Estabilidad-inestabilidad:** Atribuir falta de control a factores estables conduce a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras; la indefensión y los déficits depresivos se extienden en el tiempo.
- **Globalidad-especificidad:** Atribuir falta de control a factores globales provoca expectativas de incontrolabilidad en otras situaciones; la indefensión y los déficits depresivos se generalizan a otras situaciones.

**99. El fenómeno de ausencia mental es un problema de:**

1. Memoria.
2. Motivación.
3. Pensamiento.
4. Atención como concentración.

**RC 4**

Dentro de la clasificación de **Reed (1988)** podemos encontrar que la **atención como concentración** engloba dos fenómenos: la **ausencia mental** y **laguna temporal**.

**100. La autoscopia es un tipo de:**

1. Alucinación.
2. Distorsión perceptiva.
3. Metamorfopsia.
4. Sinestesia.

**RC 1**

La **autoscopia** es una experiencia alucinatoria visual, poco habitual, que consiste en **verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal**, a menudo con consistencia gelatinosa y transparente, con el conocimiento de que la figura humana que se está viendo es uno mismo, por lo que también se conoce como "**la imagen del espejo fantasma**".

**101. Es característico en las intervenciones terapéuticas desarrolladas en edades infantiles que:**

1. La estimación del comportamiento infantil como desadaptado y/o anómalo conlleva explícitamente el reconocimiento de los hitos y conductas propias de las distintas etapas del desarrollo.
2. La especificidad situacional y determinación ambiental son las características más destacadas cuanto mayor es la edad del niño.
3. Los niños posean suficiente autonomía para demandar servicios y atención psicológica.
4. Los niños, en gran medida, muestren una alta motivación e interés hacia las actuaciones terapéuticas recomendadas.

**RC 1**

Las **intervenciones terapéuticas desarrolladas en edades infantiles** se encuentran mediatizadas por tres factores de especial relevancia: 1) singularidad que confiere la influencia del desarrollo evolutivo al comportamiento infantil, 2) especificidad situacional de las conductas en esta etapa, y, 3) papel del menor como paciente del tratamiento psicológico.

- El terapeuta comienza su trabajo ubicando el comportamiento del niño en los parámetros evolutivos, a partir de los cuales estimar su ajuste o desviación de esta norma y a considerar, por otro lado, las diferencias evolutivas entre niños y adolescentes como elemento de referencia cuando ha de definir los objetivos y estrategias terapéuticas según la edad del paciente. Así pues, la estimación del comportamiento infantil como desadaptado y/o anómalo conlleva explícitamente el reconocimiento de los hitos y conductas propias de las distintas etapas del desarrollo.
- Para la intervención, otros aspectos característicos a tener en cuenta es su especificidad situacional y determinación ambiental, características más destacadas cuanto menor es la edad del niño.
- En la intervención en los niños como pacientes, una de las primeras cuestiones a considerar es su escasa autonomía para demandar servicios y atención psicológica. La observación del comportamiento desviado de éste respecto a normas evolutivas y grupales, sus dificultades para superar satisfactoriamente exigencias o criterios de rendimiento y ejecución estimados adecuados según su edad, así como la aparición de comportamientos problemáticos que interfieren en el funcionamiento adaptado. De este modo, son los adultos quienes en primera instancia, estiman las desviaciones del comportamiento infantil, juzgan sus consecuencias adversas y solicitan ayuda terapéutica. El niño, en gran medida, muestra falta de motivación y de interés hacia las actuaciones terapéuticas recomendadas.

**102. Para Uta Frith (1989), el aprendizaje de la lectura se lleva a cabo en tres fases, estas son:**



1. Léxica, gramatical y pragmática.
2. Primaria, secundaria y terciaria.
3. Léxica, ortográfica y pragmática.
4. Logográfica, alfabética y ortográfica.

**RC 4**

La teoría de Uta Frith (1989) propone que el aprendizaje de la lectura se lleva a cabo en tres fases según la estrategia utilizada:

1. **Logográfica.** El niño puede reconocer palabras familiares apoyándose en las características gráficas de las letras.
2. **Alfabética.** El niño aprende y utiliza correspondencia grafema-fonema y fonema-grafema.
3. **Ortográfica.** El niño analiza las palabras en unidades ortográficas sin necesidad de basarse en las características visuales de la forma de las letras ni en la conversión fonológica.

**103.La desatención como dominio del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por síntomas como:**

1. No seguir instrucciones, tener dificultades para organizar tareas y evitar dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
2. Correr y salta o levantarse de la silla cuando tiene que estar sentado.
3. Ser ruidoso y hablador.
4. Incapacidad de guardar turno en las colas u otras situaciones.

**RC 1**

La desatención hace referencia a dificultades como prestar atención suficiente a los detalles o incurrir en errores por descuido, tener dificultades para mantener la atención, parece no escuchar, no seguir instrucciones, tener dificultades para organizar tareas, evitar dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, extraviar objetos, distraerse fácilmente, y ser descuidado.

**104.¿Cómo se denomina al subtipo de dislexia que se caracteriza por la dificultad para leer palabras sin sentido ("no palabras") y por no presentar problemas para leer palabras regulares y en el que los errores más frecuentes son las paralexias visuales y derivativas, debido a que la vía indirecta ("no léxica") está alterada?:**

1. Dislexia evolutiva fonológica.
2. Dislexia evolutiva superficial.
3. Dislexia evolutiva profunda.
4. Dislexia evolutiva lingüística.

**RC 1**

Características de la dislexia evolutiva fonológica:

- Dificultad para leer palabras sin sentido (no palabras).
- No existe problema para leer palabras regulares.
- Los errores más frecuentes son las paralexias visuales y derivativas.
- La vía alterada es la indirecta por lo que el niño no alcanza la fase alfabética propuesta por Frith.
- Los procesos logográficos (reconocimiento de palabras) pueden resultar eficaces para llegar a la fase ortográfica.

**105.¿Qué autor propone una terapia para el trastorno de ansiedad generalizada basada en la regulación de las emociones?:**

1. Wells.
2. Newman.
3. Mennin.
4. Roemer.

**RC 3**

Mennin propone la terapia de regulación de las emociones (2004) que parte del supuesto de que las personas con TAG experimentan emociones negativas de modo más fácil e intenso, tienen problemas para identificarlas y comprenderlas, las valoran negativamente, no las aceptan y tienen dificultades para regularlas.

Esta terapia integra componentes de la TCC con intervenciones centradas en las emociones que van dirigidas a los déficits emocionales y a la evitación emocional. Para ello que se entrena en habilidades, se hacen ejercicios experienciales y se tratan también los problemas interpersonales del paciente.

Consta de 4 fases:

1. Psicoeducación sobre el TAG, análisis funcional de las preocupaciones y emociones y autorregistro de preocupaciones.
2. Aprender a identificar respuestas defensivas y de evitación ante la emoción, como el preocuparse o la búsqueda de tranquilización. En su lugar se aprenden habilidades de conciencia somática, identificación de creencias sobre temas nucleares problemáticos, comprensión y aceptación emocional, identificación y expresión de las propias necesidades y regulación de las emociones (respiración, actividad física, etc.)
3. Las habilidades aprendidas se aplican en ejercicios experienciales que están relacionados con cuestiones nucleares como el miedo a la pérdida, incompetencia y fracaso (se utilizan técnicas como silla vacía, las dos sillas, flecha descendente y diálogo socrático).
4. Revisión del progreso, terminación de la relación terapéutica, prevención de recaídas y metas futuras más allá de la terapia.

**106. Con respecto a la Fobia Social, señale la alternativa CORRECTA:**

1. La prevalencia media en Europa es del 2,3 %.
2. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son menores que en los adultos.
3. La tasa de prevalencia aumenta con la edad.
4. Los hombres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos que las mujeres.

## RC 1

### CARACTERÍSTICAS DE LA FOBIA SOCIAL (DSM-5)

- **Especificadores:** los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente los que resultan más incapacitantes en su vida profesional o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. Los temores de actuación también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares. Los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación no temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.
- **Características asociadas:** los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea este el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias (ej.: beber antes de asistir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.
- **Prevalencia:** en Estados Unidos, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7 %. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5 - 2,0 %; la prevalencia media en Europa es del 2,3 %. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son comparables a las de los adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5 %. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones (con *odds ratios* que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes. En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones, y esto hace pensar que las funciones del género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en los indígenas americanos y menor en las personas de origen asiático, latino, afroamericano y de ascendencia afrocaribeña que en los blancos no hispanos.
- **Desarrollo y curso:**
  - La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos es de 13 años, y el 75 % de los individuos tiene una edad de inicio entre los 8 y 15 años. En estudios de Estados Unidos y Europa se observa que el trastorno a

veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. También puede ocurrir en la primera infancia.

- El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o puede surgir de forma lenta e insidiosa. Una primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales (ej.: casarse con alguien de una clase social diferente, obtener un ascenso de trabajo). La fobia social puede disminuir cuando el individuo, que siente temor por las citas con las chicas, logra casarse, y puede volver a aparecer con toda su intensidad tras el divorcio. Entre las personas que acuden a consulta, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.
- Los adolescentes manifiestan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas amorosas, en comparación con los niños más pequeños.
- Los adultos mayores expresan niveles de ansiedad " social más bajos, pero en una amplia gama de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan mayores niveles de ansiedad social en situaciones específicas.
- En las personas mayores, la ansiedad social puede deberse a una discapacidad debido a una disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión), o a vergüenza a causa del aspecto (ej.: el temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson), o del funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (ej.: olvidar los nombres de las personas).
- En la comunidad, aproximadamente el 30 % de las personas con trastorno de ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en 1 año, y en torno al 50 % experimenta remisión en unos pocos años. Para aproximadamente el 60 % de las personas que no recibe un tratamiento específico para la fobia social, el curso va a ser de varios años o más.
- La detección del trastorno de ansiedad social en los adultos mayores puede ser un reto debido a diversos factores, como mayor atención a los síntomas somáticos, enfermedades médicas asociadas, limitada conciencia de enfermedad, cambios en el entorno social o en sus funciones que pueden ocultar su deterioro en el funcionamiento social, o debido a su reticencia a detallar sus problemas psicológicos.

– **Factores de riesgo y pronóstico:**

- **Temperamentales:** los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa.
- **Ambientales:** no se evidencia un papel causal del maltrato infantil u otro factor de adversidad psicosocial de aparición temprana en el desarrollo del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.
- **Genéticos y fisiológicos:** los rasgos que predisponen a la ansiedad social, tales como la inhibición conductual, están altamente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente, así, los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario (pero lo es menos la fobia social solo de actuación). Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos (ej.: el miedo a una evaluación negativa) e inespecíficos (ej.: el neuroticismo).

- **Según el género:** las mujeres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad comórbidos, mientras que los varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta y al uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los varones.

**107.El error de pensamiento denominado “fusión pensamiento-acción probabilística” que se produce en un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo consiste en:**

1. La idea de que la mera presencia de un pensamiento le otorga una gran importancia.
2. Que los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso o llegar a causarlos.
3. Que pensar algo es tan malo como hacerlo.
4. Que se produce una asociación fuerte entre un pensamiento supersticioso y la acción.

**RC 2**

**FUSIÓN PENSAMIENTO- ACCIÓN PROBABILÍSTICA:**

- El supuesto disfuncional es el de que los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso o llegar a causarlos.
- Se desafía mediante experimentos conductuales.

**108. La presión del habla se define como:**

1. Un conjunto de respuestas monosilábicas.
2. Respuestas con una duración mayor de lo adecuado y que proporcionan poca información.
3. Incremento en la cantidad de habla espontánea comparado con lo que se considera socialmente adecuado.
4. Respuestas de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante.

**RC 3**

**La presión del habla** es el incremento en la cantidad de habla espontánea comparado con lo que se considera socialmente adecuado. El paciente habla rápidamente y es difícil interrumpirlo, incluso algunas oraciones pueden quedar incompletas debido al ansia por decir una nueva idea.

**109. Uno de los objetivos del estudio de la psicopatología es:**

1. La explicación de la conducta anormal y la búsqueda de las causas de la anormalidad.
2. La explicación de la conducta normal y la búsqueda de las causas de la anormalidad.
3. La explicación de la conducta anormal y la búsqueda de las causas de normalidad.
4. La búsqueda de una verdad objetiva.

**RC 1**

La psicopatología se desarrolla a partir de una gran pluralidad de métodos derivados del método científico y se enfoca hacia 2 objetivos:

1. La explicación de la conducta anormal y la búsqueda de las causas de la anormalidad.
2. La descripción de las manifestaciones clínicas que caracterizan a cada una de las alteraciones y la clasificación de los sujetos en diferentes categorías nosológicas.

**110. ¿Cuál de los siguientes trastornos perceptivos NO se fundamentan en estímulos externos al individuo?:**

1. Las alucinaciones.
2. Las hiperestésias.
3. La sinestesia.
4. El sentido de presencia.

**RC 1**

**Las distorsiones perceptivas** solo son posibles mediante el concurso de los órganos de los sentidos (muchas veces también se califican como sensoriales), es decir, se producen cuando un estímulo que *existe fuera* de nosotros, y es accesible a los órganos sensoriales, es percibido de un modo distinto al que cabría esperar dadas las características formales del propio estímulo. La anomalía reside en que las características físicas del mundo estimular se perciben de manera distorsionada.

**En los engaños perceptivos** se produce una experiencia perceptiva nueva que:

- Suele convivir con el resto de las percepciones "normales".
- No se fundamenta en estímulos realmente existentes fuera del individuo (alucinaciones y algunas pseudopercepciones).
- Se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente (imágenes eidéticas, las parásitas o las consecutivas).
- La experiencia perceptiva que tiene el individuo puede estar fundamentada o no en estímulos reales y accesibles a los sentidos; en ambos casos, la experiencia perceptiva persiste con independencia de que se halle presente el supuesto estímulo que la produjo. Este grupo de trastornos es denominado también como "percepciones falsas", "aberraciones perceptivas" o "errores perceptivos".

**111. El programa de tratamiento para el dolor Clare Philips (1988/1991):**

1. Es un programa de tratamiento para el dolor crónico.
2. Es un programa para ser aplicado en régimen de hospitalización.
3. Uno de los criterios de exclusión para este tratamiento es pacientes con depresión ligera a moderada.
4. Unos de los criterios de inclusión para este tratamiento es pacientes con problemas de drogadicción primaria.

**RC 1**

Se trata de un programa estandarizado que se aplica a **grupos de pacientes de dolor crónico en régimen ambulatorio**. El tamaño del grupo recomendado oscilará entre 4 y 7 personas, que deben cumplir una serie de **criterios de inclusión y otros de exclusión**.

Se trata de un programa **muy estructurado** que se aplica a lo largo de **9 semanas**, en sesiones semanales de una hora y media de duración. Cada sesión, a su vez, se estructura en las mismas cuatro fases:

1. Revisión de las tareas para casa.
2. Presentación didáctica del tema a tratar en la sesión correspondiente
3. Introducción y práctica de las estrategias terapéuticas presentadas
4. Asignación de tareas para casa.

**112. ¿Qué tratamiento de los siguientes se considera bien establecido para la Anorexia Nerviosa?:**

1. Intervención psicosocial.
2. Terapia cognitivo-conductual.
3. Terapia farmacológica.
4. Rehabilitación nutricional.

#### RC 4

##### Clasificación de los tratamientos eficaces para el tratamiento de la ANOREXIA NERVIOSA

(Tomado y adaptado de Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces)

BIEN ESTABLECIDO	PROBABLEMENTE EFICAZ	EN FASE EXPERIMENTAL
Rehabilitación nutricional	Intervención psicosocial	Terapia cognitivo – conductual/intervención psicoterapéutica. Farmacoterapia.

**113. Entre los factores de riesgo para el trastorno eréctil adquirido, se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**

1. La avanzada edad.
2. El exceso de ejercicio físico.
3. La diabetes.
4. El tabaquismo.

#### RC 2

Los factores de riesgo para el trastorno eréctil adquirido son la edad, el tabaquismo, la falta de ejercicio físico, la diabetes y el deseo disminuido. (DSM-5)

**114. Los tratamientos más investigados en adultos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) han sido, señale la alternativa INCORRECTA.**

1. La hipnosis.
2. La relajación.
3. La terapia cognitiva.
4. La terapia cognitivo-conductual.

#### RC 1

Los 2 focos principales del TAG son las **preocupaciones y la tensión acompañante**. Los tratamientos más investigados en adultos han sido la **relajación, la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual**.

**115. Con respecto a la eficacia de los tratamientos para el TAG, señale la alternativa CORRECTA:**

1. Las benzodiacepinas han mostrado una eficacia superior a la terapia cognitivo-conductual.
2. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado una eficacia superior a la relajación aplicada.
3. No se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual sea superior a la terapia cognitiva.
4. No se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual sea superior a la psicoterapia analítica.

#### RC 3

**La Terapia Cognitivo-conductual (TCC)** combina la terapia cognitiva de Beck con el entrenamiento en relajación aplicada e incluye los siguientes componentes:

- ✓ Relajación.
- ✓ Entrenamiento para darse cuenta de los estímulos internos.
- ✓ Reestructuración cognitiva.
- ✓ Exposición graduada, imaginal y en vivo, a situaciones y estímulos internos suscitadores de ansiedad.

- ✓ Estrategia de control de estímulos.

La TCC ha resultado:

- **Más eficaz** que la lista de espera en varios estudios.
- **Más eficaz** que el placebo farmacológico o las benzodicepinas en algunos estudios hechos.
- **Más eficaz** que la psicoterapia analítica y la terapia psicodinámica breve
- **Superior** a la terapia no directiva, aunque los datos son contradictorios cuando la terapia no directiva es combinada con relajación.
- **No se ha demostrado que la TCC sea superior a la TC o a la relajación aplicada**, aunque en este último caso la TCC ha sido más eficaz en el seguimiento o en significación clínica en algunos estudios.

**116. En el Tratamiento de Brow, O'Leary y Barlow (1993) propuesto para el TAG, cuando se aplica la exposición a la preocupación puede ocurrir que el paciente informe de una ansiedad mínima, ante este problema es recomendable:**

1. Abandonar la exposición.
2. Utilizar la distracción cognitiva.
3. Utilizar un autorregistro con tres columnas.
4. Pedir al sujeto que suponga que lo peor que teme es cierto y luego que evalúe si realmente es tan malo como parece.

#### RC 2

**Si el paciente informa de ansiedad mínima durante las exposiciones iniciales** puede ser debido a imágenes insuficientemente vívidas, imágenes demasiado generales, imágenes poco importantes para el área de preocupación considerada, área de preocupación que no contribuye apreciablemente al TAG, aplicación de estrategias de afrontamiento durante la exposición y evitación encubierta de las señales más importantes de preocupación. Esto puede conseguirse mediante **distracción cognitiva**, centrándose en cogniciones agradables o neutrales o en cogniciones negativas no importantes o dejando que los pensamientos fluctúen.

**117. Para Bleuler, los síntomas accesorios de la esquizofrenia son:**

1. Aplanamiento afectivo y abulia.
2. Pensamiento peculiar y distorsionado.
3. Déficit atencionales.
4. Alucinaciones y delirios.

#### RC 4

**Síntomas según Bleuler:**

- Aplanamiento afectivo.
- Pensamiento peculiar y distorsionado.
- Abulia.
- Trastorno atencional.
- Indecisión conceptual (ambivalencia).

Existían también **síntomas accesorios** (que podían aparecer en otros trastornos), como **las alucinaciones y los delirios**. No creía que la esquizofrenia condujera necesariamente al deterioro, pero sí pensaba que era un heterogéneo grupo de trastornos a los que se refirió como el "**grupo de las esquizofrenias**". No era una entidad única.

**118. Una característica diferenciadora entre el trastorno de somatización y la hipocondría es que esta última:**

1. Se focaliza las quejas en los síntomas.
2. El estilo de queja es preciso.
3. El paciente interactúa con el médico de forma atenta, seductora, agradecida.
4. El paciente tiene una apariencia física atractiva.

#### RC 2

**Rasgos diferenciales entre el trastorno de somatización y la hipocondría**  
(Tomado y adaptado de Willerman y Cohen, 1990)

Características	Trastorno por Somatización	Hipocondría
Focalización de las quejas	Síntomas	Implicación de los síntomas

<b>Estilo de queja</b>	Vago, dramático.	Preciso, inafectivo
<b>Interacción con el médico</b>	Atento, seductor, agradecido, confiado	Exigente, desagradecido, poco tranquilizadora
<b>Edad</b>	20 – 30 años	30 – 40 años
<b>Prevalencia sexo</b>	Mayor en mujer	Varón = Mujer, o mayor en varón
<b>Apariencia física</b>	Atractiva	Poco atractiva
<b>Rasgo de personalidad</b>	Histriónica	Obsesiva

**119. El que un individuo tema sufrir una situación embarazosa, "ponerse nervioso" o ser humillado, es característico de:**

1. La agorafobia.
2. La fobia social.
3. La ansiedad generalizada.
4. La ansiedad por separación.

## RC 2

En la **fobia social** el miedo lo generan situaciones sociales en las que la persona es expuesta a desconocidos o a la evaluación y escrutinio de los demás (ser enjuiciado por otras personas). **El individuo teme sufrir una situación embarazosa, "ponerse nervioso" o ser humillado.** En la infancia se produce en contextos sociales con iguales, no en interacciones con adultos. La exposición a la situación fóbica casi inevitablemente induce respuestas de intensa ansiedad; también puede provocar ataques de pánico en alguna de las 2 formas indicadas para la fobia específica. En el niño, la ansiedad puede ser expuesta mediante llanto, rabietas, inmovilización o recogimiento tras la exposición a situaciones sociales con extraños.

**120. Según el DSM-5 la esquizofrenia se puede especificar:**

1. De tipo paranoide.
2. Con catatonía.
3. De tipo desorganizado.
4. Primaria y secundaria.

## RC 2

El **DSM-5** no distingue subtipos de esquizofrenia y la única especificación que permite hacer en los criterios diagnósticos para la esquizofrenia es la de **"con catatonía"**.

### Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía) (DSM-5)

- A. El cuadro clínico está dominado por tres o más de los síntomas siguientes:
1. Estupor (ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
  2. Catalepsia (inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
  3. Flexibilidad cérea (resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
  4. Mutismo (respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
  5. Negativismo (oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
  6. Adopción de una postura (mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
  7. Manierismo (caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
  8. Estereotipia (movimientos repetitivos, anormales frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
  9. Agitación, no influida por estímulos externos.
  10. Muecas.
  11. Ecolalia (imitación del habla de otra persona).
  12. Ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona).

**Codificación:** cuando se registre el nombre de la afección, indicar el nombre del trastorno mental asociado (ej.: catatonía asociada a trastorno depresivo mayor). Se codifica en primer lugar el trastorno mental asociado (trastorno del desarrollo neurológico, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (ej.: trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo, catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo).

**121. Un síntoma negativo asociado a la esquizofrenia es:**

1. La alogia.
2. La fuga de ideas.
3. El comportamiento extravagante.
4. La difusión del pensamiento.

**RC 1****Son síntomas negativos asociados a la esquizofrenia:**

- **Pobreza afectiva:** El aplanamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos.
- **Alogia:** Empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. procesos de pensamientos vacíos, rígidos o lentos.
- **Abulia-apatía:** carencia de motivación e incapacidad para tomar decisiones. Falta de energía, de impulso y de interés de sentimientos.
- **Anhedonia-insociabilidad:** Dificultades para experimentar interés o placer.
- **Problemas para concentrar su atención:** se distrae en medio de una actividad, ignora intentos de conversación, etc.

**122. Con respecto a los Paquetes Integrados Multimodales (IPT) desarrollados para el tratamiento de la esquizofrenia, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Sus creadores fueron Brenner y cols.
2. Es un programa de intervención individual.
3. Es un programa de orientación conductual.
4. El programa está organizado jerárquicamente.

**RC 2**

**Brenner y cols.**, desarrollaron la terapia psicológica integrada conocida como **IPT** (Brenner, Hodel, Roder, & Corrigan, 1992; Roder et al., 1996). Se trata de un programa de intervención grupal y de de orientación conductual.

Consta de cinco subprogramas diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales característicos de la enfermedad. Se organiza jerárquicamente ya que sus autores consideran que primero es necesario desarrollar los procesos cognitivos básicos para poder desarrollar las conductas de interacción más complejas.

**Sinopsis de la IPT (Hodel y Brenner, 1994)**

SUBPROGRAMAS	FOCO DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
<b>DIFERENCIACIÓN COGNITIVA</b>	Habilidades de atención Formación de conceptos	– Clasificación de tarjetas – Ejecución de conceptos verbales
<b>PERCEPCIÓN SOCIAL</b>	Análisis de estímulos sociales	– Descripción del estímulo social – Interpretación del estímulo social – Discusión del sentido de la situación
<b>COMUNICACIÓN VERBAL</b>	Habilidades de conversación	– Ejercicio de repetición verbal – Ejercicio de repetición de análogos – Interrogantes – Conversación sobre un tema de actualidad – Conversación libre
<b>HABILIDADES SOCIALES</b>	Competencia en habilidades	– Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades sociales – <i>Role-play</i>
<b>SOLUCIÓN DE PROBLEMAS INTERPERSONALES</b>	Aplicación de estrategias de solución de problemas interpersonales	– Identificación y análisis de los problemas – Pre-estructuración cognitiva – Traspaso de la solución elegida a situaciones de la vida real

**123. ¿Qué trastorno de los siguientes NO se encuentra en el grupo denominado “Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta” del DSM-5?:**

1. El juego patológico.
2. Trastorno explosivo intermitente.
3. Trastorno de la conducta.
4. Trastorno de la personalidad antisocial.

**RC 1**



El nuevo capítulo del **DSM-5** denominado “**Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta**” está compuesto por los siguientes trastornos:

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno de la conducta.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Piromanía.
- Cleptomanía.
- Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado.
- Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado.

**124. Señale que característica de las siguientes NO es propia del trastorno histriónico de la personalidad:**

1. En el ámbito clínico se ha diagnosticado más frecuentemente en las mujeres.
2. Patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención.
3. Marcada inhibición social.
4. Puede darse una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.

### RC 3

#### Criterios para el diagnóstico de Trastorno histriónico de la personalidad

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
- 2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
- 3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- 4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- 5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
- 6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
- 7) Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
- 8) Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

- **Prevalencia:** los datos obtenidos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* en 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno del 1,84 %.
- **Según el género:** en el ámbito clínico, este trastorno se ha diagnosticado más frecuentemente en las mujeres; sin embargo, la proporción por sexos no es significativamente diferente de la proporción de mujeres que hay en el contexto clínico. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas han obtenido similares tasas de prevalencia entre hombres y mujeres.

**125. En cuanto a la prevalencia y curso del trastorno delirante señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Se estima que su prevalencia a lo largo de la vida está en alrededor del 0,2 %
2. Tiene una relación familiar importante tanto con la esquizofrenia como con el trastorno de la personalidad esquizotípica
3. No hay diferencias importantes entre géneros en cuanto a la frecuencia global del trastorno.
4. El subtipo grandiosidad es el más frecuente.

### RC 4

#### CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DELIRANTE SEGÚN EL DSM-5

- **Prevalencia:** se estima que la prevalencia del trastorno delirante a lo largo de la vida está en alrededor del 0,2 % y el subtipo más frecuente es el persecutorio. El tipo celotípico probablemente sea más común en los hombres que en las mujeres, pero no hay diferencias importantes entre géneros en cuanto a la frecuencia global del trastorno delirante.

- **Desarrollo y curso:** el funcionamiento global medio es habitualmente mejor que el observado en la esquizofrenia. Aunque, por lo general, el diagnóstico es estable, una proporción de sujetos desarrollara posteriormente una esquizofrenia. El trastorno delirante tiene una relación familiar importante tanto con la esquizofrenia como con el trastorno de la personalidad esquizotípica. Aunque puede aparecer en grupos más jóvenes, este trastorno podría ser más prevalente en los individuos mayores.

**126. ¿Qué característica es propia del trastorno depresivo persistente (distimia)?:**

1. Se trata de un trastorno agudo.
2. El comienzo después de los 21 años se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad.
3. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común.
4. En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que tienen trastorno depresivo persistente tienen un menor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general.

**RC 3**

**CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) (DSM-5)**

- **Prevalencia:** el trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico del DSM-IV. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es aproximadamente del 0,5 % para el trastorno depresivo persistente y del 1,5 % para el trastorno depresivo mayor crónico.
- **Desarrollo y curso:** el trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (ej.: en la infancia, la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias. Cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que desciendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado periodo de tiempo, en el contexto de un trastorno depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor.
- **Factores de riesgo y pronóstico:**
  - **Temperamentales:** los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.
  - **Ambientales:** los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.
  - **Genéticos y fisiológicos:** no hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV. Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general. Se han implicado varias regiones cerebrales (el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también alteraciones polisomnográficas.

**127. El síndrome de Korsakoff es un trastorno que se produce en algunos casos de:**

1. Abuso y dependencia del alcohol.
2. Trastorno bipolar.
3. Ansiedad generalizada.
4. Esquizofrenia paranoide.

**RC 1**

Tradicionalmente se consideró que la psicopatología del alcohol no era otra que la consecuencia directa y exclusiva de éste sobre el SNC, pero con el tiempo, las repercusiones en la malnutrición, han demostrado ser decisivas en las manifestaciones de algunos de estos trastornos.

Entre las **alteraciones neurológicas más típicas** están:

- La neuritis periférica.

- Varios síndromes degenerativos (enfermedad de Marchiafava, atrofia cerebelosa, atrofia óptica, etc.)
- Disartrias agudas o crónicas y ataxias.

Sin embargo muchos síntomas presentan una **sintomatología neuropsicológica amplia** (trastornos cognitivos, de la personalidad, afectivos).

Entre los **procesos neuropsicológicos alterados** podemos diferenciar **dos clases**:

1. **Procesos agudos de aparición brusca y reversible** relacionados con la intoxicación de alcohol o con la abstinencia.
2. **Procesos crónicos que cursan de forma lenta y con tendencia a la irreversibilidad.** En general es posible lograr un grado considerable de mejoría en casi todos los trastornos alcohólicos. Este progreso puede continuar con lentitud durante años siempre que el paciente evite volver a ingerir alcohol.

(Tomado y adaptado de Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F., 2008)

AGUDOS	CRÓNICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intoxicación alcohólica</li> <li>– Síndrome de abstinencia no complicado</li> <li>– Delirium tremens</li> <li>– Alucinosis aguda</li> <li>– Amnesias parciales (<i>blackouts</i>)</li> <li>– Trastornos del sueño</li> <li>– Alteraciones de la personalidad</li> <li>– Disfunción sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteraciones cognitivas</li> <li>– Demencia alcohólica</li> <li>– Encefalopatía de Wernicke</li> <li>– Síndrome de Korsakoff</li> <li>– Alteraciones de la personalidad</li> <li>– Disfunción sexual</li> </ul>

**128. El principal problema de una persona con un trastorno ciclotímico es:**

1. Su desarrollo profesional.
2. La ansiedad asociada.
3. El riesgo de suicidio.
4. Su deterioro físico.

### RC 3

**La ciclotimia presenta un patrón semejante a los trastornos bipolares, pero con una sintomatología menos grave y más continuada a lo largo del tiempo.** Nosológicamente la ciclotimia es un "trastorno bipolar" en una forma menos grave.

Un paciente ciclotímico presenta períodos breves (2 - 6 días) con depresión y euforia alternantes. Existe un "equilibrio" entre síntomas depresivos e hipomaniacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar unos sobre otros.

#### COMPLICACIONES

- Los trastornos bipolares (sobre todo cuando hay manía) interfieren sobremedida con la vida de una persona.
- **El problema principal es la alta tasa de mortalidad: riesgo de suicidio.** También tienen problemas debido a su capacidad de juicio disminuida en etapas maniacas (decisiones impulsivas y de riesgo).

**129. ¿Qué tratamiento para los trastornos de personalidad se basa en que la comprensión de los demás es una pieza fundamental para lograr un estado mental funcional, y está facilitada por la presencia de relaciones de apego seguras?:**

1. La Psicoterapia De Apoyo-Expresiva.
2. La Psicoterapia Enfocada en la Transferencia.
3. La Terapia Basada en la Mentalización.
4. La Terapia centrada en los Esquemas.

### RC 3

**La Terapia Basada en la Mentalización** es un modelo de orientación psicodinámica que ha sido sometido con éxito a pruebas empíricas de resultados. La terapia está enfocada en los procesos de mentalización, entendidos como la capacidad para adquirir sentido de sí mismo y de los otros en términos de estados subjetivos y procesos mentales (Fonagy et al., 2002). El tratamiento se basa en que la comprensión de los demás es una pieza fundamental para lograr un estado mental funcional, y está facilitada por la presencia de relaciones de apego seguras. Fallas en la constitución de esas estructuras de apego nos hacen vulnerables a la disrupción de nuestra conducta. Cuando la capacidad de mentalización se reduce o es inestable, el individuo vulnerable contrae un trastorno. El objetivo central de la terapia es favorecer el desarrollo de dicha capacidad y el dispositivo habitual es la internación parcial.

**130. "Es terrible ser rechazado, humillado". Según Beck, ¿a qué trastorno de personalidad pertenece esta creencia?:**

1. Por evitación.
2. Por dependencia.
3. Paranoide.
4. Pasivo-agresivo.

**RC 1****CREENCIAS QUE CONFORMAN LOS ESQUEMAS NUCLEARES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD** (Modificado de Beck y Freeman, 1995)

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	CREENCIAS
<b>POR EVITACIÓN</b>	Es terrible ser rechazado, humillado. Si a gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría. No tolero los sentimientos desagradables.
<b>POR DEPENDENCIA</b>	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz. Necesito un flujo constante de apoyo, aliento.
<b>PASIVO-AGRESIVO</b>	Los otros interfieren en mi libertad de acción. Ser controlado por otros es intolerable. Las cosas deben hacerse a mi manera.
<b>OBSESIVO-COMPULSIVO</b>	Yo sé qué es lo mejor. Los detalles son cruciales. La gente debería trabajar mejor, esforzarse más.
<b>PARANOIDE</b>	Los móviles son sospechosos. Hay que mantener la guardia. No hay que confiar.
<b>ANTISOCIAL</b>	Tengo derecho a violar las reglas. Los otros son tontos. Los otros son explotadores.
<b>NARCISISTA</b>	Puesto que soy especial, merezco reglas especiales. Estoy por encima de las reglas. Soy mejor que los otros.
<b>HISTRIÓNICO</b>	La gente está para servirme o admirarme. No tienen derecho a negarme lo que merezco. Puedo guiarme por mis sentimientos.
<b>ESQUIZOIDE</b>	Los otros no me compensan. Las relaciones son desastrosas, indeseables.

**131. Una conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación, es característico del trastorno de personalidad:**

1. Límite.
2. Narcisista.
3. Histriónico.
4. Paranoide.

**RC 3**

El **histriónico** presenta una conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

**132. Según el DSM-IV-TR y DSM-5, en el TOC, el rezar de forma repetitiva corresponde a:**

1. Una obsesión.
2. Una idea parásita.
3. Una imagen obsesiva.
4. Una compulsión.

**RC 4**

**Criterios para el diagnóstico de  
Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-5)**

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las **obsesiones** se definen por 1 y 2:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como

intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir esos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una comprobación).

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (ej.: lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
  2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar o evitar algún suceso o situación temida. Sin embargo, estos comportamientos o actos mentales, no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. **Nota:** Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.
- B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (ej.: ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej.: una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (ej.: preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias, como con el juego, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

**Especificar si:**

- **Con introspección buena o aceptable:** el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente, o probablemente, no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.
- **Con poca introspección:** el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente no ciertas.
- **Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

**Especificar si:**

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

### 133. Siguiendo la clasificación de De Silva y Rachman (1992) sobre el TOC, las compulsiones de limpieza/lavado:

1. Son iguales de frecuentes en clínica que las de comprobación.
2. Son las segundas más frecuentes en clínica.
3. Son más frecuentes en los hombres.
4. Son más frecuentes en las mujeres.

#### RC 4

#### La Clasificación de De Silva y Rachman (1992)

1. **Compulsiones de limpieza/lavado**
  - Compulsiones por contaminación, gérmenes, o por suciedad.
  - Es la más común en clínica.
  - Largos y elaborados rituales de lavado.
  - Se da evitación respecto de todo aquello que cree que puede ensuciarle.
  - Se da más en mujeres.
2. **Compulsiones de Comprobación**
  - Es el segundo en frecuencia de casos en clínica.
  - Se dan minuciosos y repetidos rituales de comprobación.
  - Los rituales se asocian a obsesiones que toman la forma de duda, y de que la falta de comprobación dará lugar a una catástrofe de la que serán responsables.
  - La duda perenne continúa lo que obliga al paciente a comprobar repetidamente, en ocasiones el ritual conlleva un número determinado de comprobaciones.
  - Ambos sexos son afectados por igual.
3. **Otro tipo de compulsiones manifiestas**
  - Estos pacientes presentan varios tipos o modalidades de compulsiones manifiestas; repetir de forma reiterada ciertas conductas; seguir secuencias estrictas al realizar una conducta (al cocinar, al limpiar); compulsiones al tocar.
  - Las razones conjurar un peligro, o de evitar la sensación de malestar si no lo hicieran.
  - Otro subtipo es el de almacenaje de objetos, aun inservibles y de basura, ante la ansiedad que experimentan al tener que deshacerse de algo.
  - No se observan diferencias de frecuencia por sexo.
4. **Obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta**

- Consiste en la presencia de imágenes o pensamientos no acompañados de rituales.
- En algunos pacientes estas **obsesiones van acompañadas de compulsiones encubiertas** o rituales mentales que se asemejen bastante a rituales manifiestos en su función, ya que el paciente siente urgencia por realizarlas y disminuyen su malestar y su nivel de ansiedad. Ej.:
  - Contar una secuencia.
  - Pensar una frase que contrarreste la obsesión.
- Otros tienen compulsiones mentales sin que estas estén asociadas a obsesiones. Ej.: repetir “azul” cuando alguien dice “tú”.
- Otros presentan el problema principal de las rumiaciones: periodos muy largos de tiempo pensando de manera improductiva sobre cualquier asunto.

**134. Berrocal y cols (2007) han propuesto un modelo mediacional según el cual las preocupaciones hipocondríacas podrían explicar las relaciones entre:**

1. La ansiedad y la depresión.
2. El trastorno obsesivo compulsivo y el abuso de sustancias.
3. La sensibilidad a la ansiedad y los síntomas de pánico.
4. Los trastornos obsesivos compulsivos y la sensibilidad a la ansiedad.

**RC 3**

**Berrocal y cols (2007)** han propuesto un modelo mediacional según el cual las preocupaciones hipocondríacas podrían explicar las relaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y los síntomas de pánico.

**135. Según el modelo de Mowrer sobre los trastornos de ansiedad, la conducta de evitación:**

1. Es reforzada negativamente.
2. Actúa como impulso.
3. Se produce mediante condicionamiento pavloviano.
4. Se produce mediante un proceso de imitación.

**RC 1**

El **modelo bifactorial mediacional** de **Mowrer (1939, 1960)**, se ha considerado el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad. **Modelo que se apoya en el paradigma de evitación activa** (en el que el sujeto aprende a escapar del estímulo elicitor de miedo y a evitar el estímulo incondicionado). Explica el fenómeno de no-extinción de la respuesta condicionada de miedo típica de los trastornos de ansiedad.

Es una teoría de dos factores (bifactorial) pues implica al condicionamiento clásico y al operante, formas de aprendizaje relacionadas, pero esencialmente diferentes. El modelo se desarrolla en **2 fases**:

1. **Fase inicial:** mediante **condicionamiento pavloviano** se establece una respuesta condicionada de miedo. Respuesta que, una vez constituida, adquiere propiedades de impulso (*drive*) secundario con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape/evitación.
2. **Segunda fase:** mediante **condicionamiento operante**, implica un proceso de evitación activa, el sujeto no aprende a evitar un castigo (EI), sino a **escapar de la exposición al estímulo (EC)** que le avisa de la proximidad de un evento aversivo. A la respuesta de evitación le sigue la reducción del miedo, la conducta de evitación queda **reforzada negativamente**.

Así, este modelo explica el desarrollo del componente emocional del miedo en términos del condicionamiento pavloviano y el componente de evitación del miedo según el principio de reforzamiento negativo.

**136. En qué consiste la estrategia de normalización racional de la terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994) para la esquizofrenia:**

1. En poner a prueba las creencias irracionales del paciente.
2. En desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales.
3. En ayudar al paciente a que conceptualice su creencia delirante solo como una posible interpretación de los eventos.
4. En enseñar al paciente estrategias de afrontamiento para reducir el sufrimiento y las interferencias secundarias de los síntomas psicóticos.

**RC 2**

**La terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994)** es una terapia diseñada para la modificación de creencias y que utiliza básicamente los mismos procedimientos que la terapia cognitiva de Chadwick y cols. pero con la diferencia de que **agrega la estrategia de normalización racional** y que consiste, básicamente, en desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales. Para ello se identifican los eventos estresantes previos a la aparición de la psicosis y en base a ellos se explica la enfermedad de manera no estigmatizada. Además, se usan técnicas estándar de la terapia cognitivo-conductual

(reatribución, análisis de evidencias, generar explicaciones alternativas y desafío de las cogniciones erróneas).

**Los resultados** muestran que, aunque mejoraron los síntomas positivos, los negativos y el estado de ánimo, **los cambios no fueron significativos**. Solo a los nueve meses de finalizada la intervención el grupo perteneciente a la modificación de creencias mostró una mejoría significativa en los síntomas positivos respecto a los otros grupos.

Se considera un tratamiento **probablemente eficaz**.

**137. En un grupo de 100 sujetos evaluamos la variable inteligencia y encontramos que el centil90 es 100, por lo tanto:**

1. El 90% de los sujetos obtienen puntuaciones superiores a 100.
2. 100 sujetos superan la puntuación 90.
3. El 90% de los sujetos obtienen puntuaciones inferiores a 100.
4. El centil 90 coincide con la mediana.

### RC 3

Si dividimos una distribución en 100 partes iguales, conteniendo cada parte la centésima parte de las observaciones, a los 99 valores que surgen de esta división se les denomina **percentiles o centiles**. Para representar simbólicamente este índice se emplea la inicial en mayúscula afectada por un subíndice que señala el percentil concreto ( $P_k$  o  $C_k$  ( $k=1,2,3,\dots,99$ )).

Una vez obtenidas las puntuaciones de los sujetos en un test, la transformación a centiles consiste en asignar a cada puntuación directa **el porcentaje de sujetos que obtienen puntuaciones inferiores a ella**.

Para **el cálculo de los percentiles se sigue el mismo procedimiento que para calcular la mediana**. El intervalo donde se encuentra el percentil determinado se llama intervalo crítico

$$P_k = L_i + \left( \frac{\frac{k \cdot n}{100} - n_d}{n_c} \right) \cdot I$$

Donde:

- $P_k$  : puntuación correspondiente al percentil  $k$
- $L_i$  : límite exacto inferior del intervalo crítico
- $n$  : número total de observaciones
- $K$  : porcentaje de observaciones inferiores a  $P_k$
- $n_d$  : frecuencia absoluta acumulada por debajo del intervalo crítico
- $n_c$  : frecuencia absoluta del intervalo crítico
- $I$  : amplitud del intervalo crítico.

**138. La técnica de control llamada "eliminación", consiste en:**

1. Utilizar un valor diferente a cero de una variable extraña manteniendo constante ese valor en todos los grupos.
2. Eliminar un grupo de sujetos que posean la misma magnitud en una o en varias variables extrañas muy relacionadas.
3. Utilizar el valor cero de la variable extraña, eliminando los demás valores de esa variable.
4. Administrar distintas secuencias experimentales a diferentes subgrupos de sujetos.

### RC 3

La **eliminación** consiste en eliminar las VVEE del experimento, es decir, utiliza el valor cero de la VE, eliminando todos los demás valores.

**139. En la recta de regresión representada como  $Y = a + bX$ :**

1. "Y" es la variable dependiente.
2. "X" es la variable independiente.
3. "a" representa el valor que toma X cuando Y es igual a 0.
4. "a" representa el valor que toma X cuando Y es igual a 1.

### RC 2

La **recta de regresión** de Y (VD) sobre X (VI), es una recta que viene expresada por  $Y_i = a + bX_i$  donde:

- $a$ : denominada **ordenada en el origen** o intercepto, es el valor que toma  $Y$  cuando  $X$  es igual a 0.
- $b$ : denominada **pendiente** o tasa de cambio, indica la variación que se produce en  $Y$  cuando  $X$  varía una unidad.
- **Variable Independiente  $X$** : se representa en el eje de **abcisas** en el plano cartesiano.
- **Variable Dependiente  $Y$** : se representa en el eje de ordenadas del plano cartesiano.

**140. La hipótesis que se acepta provisionalmente y que se somete a contrastación empírica, se denomina:**

1. Hipótesis nula.
2. Hipótesis alternativa.
3. Hipótesis bilateral.
4. Hipótesis de contraste.

#### RC 1

Para el **contraste de hipótesis estadísticas** formularemos **dos hipótesis exhaustivas y mutuamente exclusivas**:

- **Hipótesis nula ( $H_0$ )**: hipótesis que se acepta provisionalmente y que se somete a contrastación empírica.
- **Hipótesis alternativa ( $H_1$ )**: hipótesis que acompaña a la hipótesis nula y sustitutiva de esta en el caso de rechazar la hipótesis nula.

**141. ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde a una técnica proyectiva?:**

1. Estudian aspectos inconscientes de la conducta.
2. Son multidimensionales.
3. Están baremadas.
4. Provocan respuesta no estructuradas.

#### RC 3

**Las técnicas proyectivas** han sido conceptualizadas fundamentalmente a partir del modelo psicodinámico porque sirven en el análisis del mundo inconsciente del individuo, pero también son eficaces para evaluar aspectos del mundo cognitivo y afectivo.

**Características:**

- **Enmascaradas** (ocultan total o parcialmente los propósitos del test), **no estructuradas y subjetivas**.
- Las técnicas proyectivas se encuentran entre las técnicas más utilizadas en todo el mundo, especialmente útiles con niños pequeños, analfabetos y con problemas de lenguaje, y permiten un mayor *rapport*.
- La ambigüedad del estímulo y la libertad de respuesta permiten afirmar que las respuestas emitidas no se producen por mero azar, sino que están determinadas por las características psicológicas del sujeto que las formula.
- Las respuestas de los sujetos permiten aprehender la estructura estable e idiosincrásica de la personalidad que existe en todos los individuos.
- Son técnicas que ocasionan muestras de conductas breves y reducidas, pero de la suficiente espontaneidad, intensidad y pertinencia como para ser representativas y válidas.
- Analizan en distintos niveles de profundidad de la estructura de la personalidad.
- Existe un isomorfismo entre la estructura de la personalidad y la organización de la respuesta a una técnica proyectiva.
- Mientras **menos estructurado y más ambiguo** sea el material presentado al sujeto, más fácil será la proyección de sus características de personalidad.
- **El sujeto no conoce la relación entre sus respuestas y su mundo interno de forma que es difícil que falseen sus respuestas**, por ellos se denominan enmascaradas, disfrazadas o procedimientos encubiertos de evaluación.
- El análisis de las respuestas debe ser principalmente cualitativo y global. Los elementos aislados sólo tienen validez cuando se integran en el conjunto.

**142. ¿Qué modelo de evaluación psicológica tiene como objetivo clasificar al sujeto en base a una serie de entidades nosológicas y etiquetas diagnósticas?:**

1. Médico.
2. Psicométrico.
3. Conductual.
4. Cognitivo.

#### RC 1

En evaluación psicológica se han distinguido varios modelos:

- **Modelo atributivo o psicométrico**: la Evaluación tendría por objetivo fundamental el hallazgo de puntuaciones diferenciales que un sujeto obtiene en una serie de atributos (por ejemplo medir y describir cuantitativamente la personalidad del individuo mediante test estandarizados, es decir, su posición relativa en una determinada



característica, con el objetivo de predecir su conducta en diversas situaciones (clínicas, escolares o laborales). Medir y describir cuantitativamente la personalidad del individuo mediante test estandarizados.

- **Modelo psicodinámico:** se crearon con el objetivo básico de analizar el mundo inconsciente de los sujetos e, incluso, como técnicas de verificación de los principios psicodinámicos. Este modelo considera que los factores intrapsíquicos constituyen las causas subyacentes de la conducta manifiesta.
- **Modelo Conductual:** busca el análisis de las relaciones funcionales existentes entre las respuestas (motoras y/o cognitivas y psicofisiológicas) objeto de estudio y aquellas variables que las mantienen o controlan, incorporando, en sus versiones actuales, no sólo condiciones ambientales sino también personales.
- **Modelo Cognitivo:** los avances del paradigma dominante cognitivo ha influido tanto en la cognitivización del modelo conductual como en la formación de un claro enfoque cognitivo de la Evaluación
- **Modelo Médico:** El interés de obtener contrastación objetiva, mediante pruebas psicológicas, de la nosología y otras disfunciones neurológicas ha dado lugar a un modelo médico del psicodiagnóstico. El objetivo es clasificar al sujeto en base a una serie de entidades nosológicas y etiquetas diagnósticas.

#### 143. En la primera fase de una evaluación psicológica se:

1. Hará una primera formulación de hipótesis.
2. Propondrán los pasos del seguimiento.
3. Hará una contrastación inicial del problema.
4. Especificará la demanda y se fijará objetivos sobre el caso.

#### RC 4

**1ª FASE DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** El evaluador se sitúa como un observador participante y un “recolector” de información. Es necesario recabar datos suficientes sobre los siguientes aspectos:

- Especificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso.
- Establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes (biológicas, sociales y ambientales).

#### 144. Un autoinforme con preguntas semiestructuradas:

1. El sujeto responde a las alternativas de respuestas ya prefijadas.
2. Al sujeto se le da una hoja de registro para que anote el evento sobre el que pretendemos que informe.
3. Al sujeto se le da total libertad para que hable de lo que desee.
4. Es el típico ejemplo de los tests contruidos desde la Psicología del rasgo.

#### RC 2

Los autoinformes pueden variar según el tipo de preguntas las que pueden **ser estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas.**

**Cuando se usan preguntas semiestructuradas,** al sujeto se le da una hoja de registro para que anote el evento sobre el que pretendemos que informe.

Un **autorregistro** es un **instrumento semiestructurado** en el que el sujeto anota las conductas objeto de estudio en el momento de producirse y los antecedentes y consecuentes de las mismas.

Un ejemplo es el **“Termómetro de Miedos”** de **Wolpe** donde el sujeto debe anotar en base a una escala ordinal o numérica las situaciones que le provocan temor, según su importancia. Tales situaciones son especificadas por el sujeto y no por el evaluador.

#### 145. En una entrevista psicológica, si nos fijamos en el aspecto físico, la altura, el peso o el aspecto general del paciente, estamos haciendo uso de la comunicación no verbal denominada:

1. Tropismo.
2. Tasia.
3. Kinésica.
4. Paralingüística.

#### RC 3

Las entrevistas deben abarcar tanto el plano verbal como el no verbal de la conducta. Tradicionalmente, las conductas comunicativas no-verbales han sido clasificadas en tres categorías:

- **Kinésica:** todo tipo de movimientos corporales, como son los gestos, las expresiones faciales, el contacto ocular y las posturas. Igualmente en esta categoría se suelen agrupar otros elementos de naturaleza más estable, como son el aspecto físico, la altura, el peso o el aspecto general del comunicante. El contacto ocular entre el entrevistador y el

entrevistado responde fundamentalmente al tipo de mensaje no-verbal encuadrado a nivel de relaciones motoras y emocionales.

- **La paralingüística:** son todas aquellas conductas relacionadas con los aspectos vocales no lingüísticos de un mensaje, como son la calidad de la voz, las vocalizaciones, los silencios, la fluidez de la pronunciación o los errores del habla.
- **Conductas proxémicas:** todas las ligadas al uso del espacio personal y social, como, por ejemplo, la distancia interpersonal, la manera de sentarse o la forma de disponer una habitación.

**146. La entrevista sobre la biografía del sujeto o anamnesis:**

1. Es aquella que abre el proceso de evaluación.
2. Es aquella por la que el psicólogo ofrece información elaborada sobre el diagnóstico.
3. Tiene como objetivo el despedir física y administrativamente al paciente y cerrar el caso.
4. En ella se recorren los hitos evolutivos más significativos del proceso de maduración.

**RC 4**

**Clasificación de las entrevistas según la temporalidad del proceso**

- **Entrevista inicial:** aquella que abre el proceso relaciona y que identifica el objeto y objetivos de dicha reunión.
- **Entrevista de información complementaria:** se realizan para conocer más datos o de manera más completa al sujeto con el que se está trabajando.
- **Entrevista sobre la biografía del sujeto o anamnesis:** se recorren los hitos evolutivos más significativos del proceso de maduración.
- **Entrevista de devolución:** el psicólogo ofrece información elaborada sobre el diagnóstico, el pronóstico y sobre las estrategias terapéuticas que se plantean.
- **Entrevista de alta clínica:** como objetivo tiene el despedir física y administrativamente al paciente y cerrar el caso, puede ocurrir que esta despedida sea temporal.

**147. La Lista de Adjetivos de Gough y Heilbrun (1965) está dividida en 5 agrupaciones o categorías ¿qué categoría NO es propia de dicha clasificación?:**

1. Modus operandi.
2. Evaluación de las necesidades o pulsiones primarias y secundarias.
3. Escalas básicas.
4. Escalas de evaluación de la personalidad.

**RC 4**

La lista de adjetivos (ACL) (Gough y Heilbrun, 1965) es la lista de adjetivos más completa y amplia sobre la que existen un mayor número de investigaciones.

Consta de 300 adjetivos agrupados según atributos de personalidad. Está formado por 37 escalas divididas en 5 agrupaciones de carácter general:

- **Modus operandi:** permiten la manipulación posterior de los datos de la prueba, como el número total de adjetivos marcados, el número de adjetivos positivos y negativos y una escala de comunalidad.
- **Evaluación de las necesidades o pulsiones primarias y secundarias** del individuo, como el "logro", la "dominancia", el "orden", el "sexo", etc.
- **Escalas básicas** que agrupan una serie de rasgos de personalidad comúnmente aceptados como "autocontrol", "ajuste personal", etc.
- Escala de evaluación de cognitiva de la **creatividad**.
- Escalas de evaluación cognitiva de la **inteligencia**.

**148. A la hora de interpretar los resultados de la técnica de la rejilla, los "constructos dilemáticos" hacen referencia a:**

1. Los constructos que utiliza la persona para valorarse a sí misma.
2. La correlación positiva entre un constructo congruente y uno discrepante.
3. Los constructos cuya puntuación en el yo ideal está en el punto medio.
4. Los constructos contruidos desde varios puntos de vista.

**RC 3**

Los constructos dilemáticos son aquellos cuya puntuación en el yo ideal está en el punto medio y que sugieren, por lo tanto, un tipo de conflicto cognitivo en el que la persona no tiene clara que opción tener ni cuáles son sus referencias al respecto.

**149. Con respecto a la prueba K-ABC de Kaufman podríamos afirmar que:**

1. Se trata de una prueba para evaluar la personalidad.
2. Es una prueba proyectiva.
3. Es una prueba elaborada para evaluar la inteligencia de niños superdotados.
4. Los subtests de la escala de procesamiento mental tienen una media de 10 y una desviación típica de 3.

**RC 4**

Batería que evalúa la inteligencia y conocimientos académicos (aprendizaje). Se puede administrar a niños de entre 2 años y 5 meses a 12 años y 5 meses.

Consta de 2 escalas:

- a) **Procesamiento mental** (incluye las escalas de procesamiento secuencial y procesamiento simultáneo. Algunos subtests se pueden agrupar en una escala no-verbal que está destinada a evaluar las habilidades intelectuales de los niños con dificultades lingüísticas.
- b) **Conocimientos académicos.**

Cada ítem de la escala K-ABC se puntúa con 0 ó 1. No existe bonificación por una respuesta rápida (aunque la única prueba que tiene un tiempo determinado de respuesta es triángulos) ni tampoco se otorgan puntos si un ítem se resuelve parcialmente.

Los **subtests de la escala de procesamiento mental** tienen una media de 10 y una desviación típica de 3.

Los **subtests de la escala de conocimientos académicos** tienen una media de 100 y una desviación típica de 15.

Las **escalas de procesamiento mental secuencial y simultáneo** tienen una media de 100 y una desviación típica de 15.

Esta prueba se ha considerado muy importante para la evaluación de niños con trastornos del aprendizaje, retraso del lenguaje o sordos etc. Sin embargo, no es recomendada para evaluar a niños superdotados, ya que presenta pocas tareas verbales lo que no permite que estos niños puedan mostrar sus habilidades en este dominio. De esta forma, sus puntuaciones en escala de procesamiento mental compuesto del K-ABC son, generalmente más bajas que con el CI en el WISC-R.

**150. ¿Qué característica de las siguientes NO es propia del Inventario de Desarrollo BATTELLE?:**

1. Los datos se obtienen tanto de la entrevista con padres y maestros como de la observación de la conducta del niño.
2. Cada una de las cinco áreas con su correspondientes subáreas y la prueba de screening pueden ser administradas de forma independiente.
3. El contenido de este instrumento es compatible con los planes educativos de educación infantil y primaria.
4. Está diseñado para aplicar a niños con edades comprendidas de entre 2 y 15 años.

**RC 4**

Este instrumento se utiliza para la evaluación de las habilidades fundamentales en las distintas áreas del desarrollo del niño en edades comprendidas entre el nacimiento y los 8 años y para el diagnóstico de las posibles deficiencias o retraso. Está indicado para profesionales de la Psicología que se dedican a la Educación Infantil y Primaria.

Características:

- Los datos se obtienen tanto de la entrevista con padres y maestros como de la observación de la conducta del niño.
- Tiene la ventaja de que el intervalo de edad que explora es más amplio que la mayoría de las escalas de desarrollo, siendo además aplicable a situaciones muy diversas.
- Cada una de las cinco áreas con su correspondientes subáreas y la prueba de screening pueden ser administradas de forma independiente.
- El contenido de este instrumento es compatible con los planes educativos de educación infantil y primaria.
- Consta de un material sencillo.
- La duración de su administración es de entre 1 y 3 horas

Objetivos:

- Evaluación e identificación de niños con minusvalías.
- Evaluación de niños sin minusvalías.
- Programación y aplicación del tratamiento.
- Evaluación de grupos de niños con minusvalías.

**151. ¿Qué técnica proyectiva de las siguientes pertenece al grupo de las constructivas?:**

1. Caja de juego diagnóstico-terapéutico de Efron.
2. Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray.
3. Psicodiagnóstico de Rorschach.
4. Figura Humana de Machover.

## RC 1

## CLASIFICACIÓN SEGÚN FERNÁNDEZ BALLESTEROS Y COLABORADORES (2000)

TÉCNICAS PROYECTIVAS	CARACTERÍSTICAS	TESTS
<b>ESTRUCTURALES</b>	El sujeto debe estructurar o dar significado a estímulos visuales que se le presentan.	Psicodiagnóstico de Rorschach, Z Test, Zulliger y Holtzman
<b>TEMÁTICAS</b>	A partir de la presentación visual de la lámina, se ha de narrar una historia	Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray, CAT-A, CAT-H, Test de Frustración de Rosenzweig, Test Relacionales Objetales de Phillipson, el Test Pata Negra de Corman.
<b>EXPRESIVAS</b>	Se da al sujeto la consigna verbal o escrita de que tiene que realizar un dibujo.	Figura Humana de Machover, HTP: Casa, Árbol y Persona de Buck, Test del Árbol de Koch, Test de la Familia de Corman, Test de garabatos, Test de dibujo de un animal de Levy y Levy
<b>CONSTRUCTIVAS</b>	Se ha de organizar un material dado sobre la base de distintas consignas.	Test del pueblo, el Juego del Mundo y el Test de la aldea imaginaria de Mucchielli, Caja de juego diagnóstico-terapéutico de Efron.
<b>ASOCIATIVAS</b>	Tras recibir consignas verbales o escritas el sujeto debe emitir respuestas que se asocien con el estímulo.	Fábulas de Düss, Asociación de Palabras de Jung, Frases incompletas de Kelly y Fisher.

## 152. La versión del Test de Apercepción Temática denominada TAT-E se utiliza:

1. Con población adulta en el ámbito laboral.
2. Con niños mayores en el ámbito escolar.
3. Con sujetos de tercera edad.
4. Con sujetos con un C.I. por debajo de 70.

## RC 2

## Versiones del TAT:

- **TAT-E:** situaciones relacionadas con el ámbito escolar aplicable a niños mayores.
- **SAT:** Test de Apercepción para la Senectud, aplicable para la tercera edad.
- **TAT para negros:** creado debido a las dificultades de individuos de raza negra para identificarse con personajes blancos.

## 153. ¿Qué subtest de los siguientes NO se incluye en el índice de comprensión verbal del WAIS-IV?:

1. Información.
2. Semejanzas.
3. Letras y números.
4. Vocabulario.

## RC 3

El Índice de Comprensión Verbal del WAIS-IV incluye 4 subtests:

- **Semejanzas:** razonamiento verbal abstracto. Por ej.: "¿En que se parecen una manzana y una pera?".
- **Vocabulario:** grado de aprendizaje que capacita para comprender y producir vocabulario. Por ej.: "¿Qué es una guitarra?".
- **Información:** grado de información general adquirido de la cultura. Por ej.: "¿Quién es el Presidente de EEUU?".
- **Comprensión (opcional):** capacidad para ocuparse de convenciones sociales abstractas, reglas y expresiones. Por ej.: "¿Qué significa matar dos pájaros de un tiro, metafóricamente hablando?".

## 154. El Currículo Carolina está diseñado para evaluar:

1. La personalidad patológica.
2. El ambiente escolar.
3. La inteligencia de personas con un nivel cultural bajo.
4. El desarrollo en niños con necesidades especiales.

**RC 4**

**El Currículo Carolina** es un instrumento de evaluación e intervención para niños (**con necesidades especiales**) con limitaciones leves, moderadas o múltiples en acuerdo con los principios básicos de la teoría de Piaget y el desarrollo infantil. **Se puede aplicar a niños desde el nacimiento hasta los 24 meses y es de aplicación individual.**

**Características:**

- Basado en las secuencias normales de desarrollo.
- Los elementos correspondientes a cada área de desarrollo se dividen en secuencias lógicas.
- El problema de desarrollo atípico se contempla desde dos vertientes: desarrollo de secuencias lógicas y modificación de los elementos para adaptarlos a las limitaciones sensoriales de cada niño.
- Permite enseñar habilidades no normales pero sí adaptativas, útiles en aquellos casos de niños con limitaciones graves.
- Permite crear programas para las necesidades específicas de cada niño.
- Adaptar los ejercicios a los niños que tienen limitaciones visuales, auditivas o motrices.
- Integrar las actividades en las rutinas de la vida cotidiana.

Este instrumento está destinado a profesores de educación infantil, especialistas en intervención temprana, terapeutas, profesionales que trabajen con niños con necesidades especiales y familiares que se ocupen de ellos.

**155. En el ámbito de evaluación de las aptitudes visoespaciales, la habilidad de extraer de una configuración estimular una imagen, objeto o figura enmascarada, se denomina:**

1. Relaciones espaciales.
2. Visualización.
3. Flexibilidad de cierre o de clausura.
4. Rapidez perceptiva.

**RC 3**

**Aptitudes Visoespaciales:** facilidad de percepción y representación en el espacio de estímulos con los que se puede hacer una manipulación cognitiva de giro, rotación o inclinación.

**Principales aptitudes visoespaciales:**

- **Visualización:** capacidad para imaginar y concebir objetos en 2-3 dimensiones. Los ítems utilizados pueden ser: averiguar a partir de un conjunto o partes de un fragmento pertenecientes a un objeto de qué objeto se trata; establecer correspondencias entre figuras de papel desplegadas y plegadas; construcción de una estructura con cubos a partir de un dibujo.
- **Relaciones espaciales:** habilidad para imaginar estímulos desde diferentes perspectivas y ser capaz de pensar en términos espaciales. Elegir un dibujo de entre una serie como resultado de una rotación; establecer secuencias de dibujos después de una rotación; resultado de ensamblar dos figuras; buscar de un conjunto los posibles pares que encajen o la realización de puzzles.
- **Flexibilidad de cierre o de clausura:** habilidad de extraer de una configuración estimular una imagen, objeto o figura enmascarada.
- **Rapidez perceptiva:** facilidad que muestra un sujeto para reconocer una figura o detectar detalles de la misma: se puede medir con tareas como localizar símbolos o dibujos a partir de un modelo; compararlos para encontrar similares; tachar letras o números a un modelo.
- **Integración visual:** habilidad para componer el elemento estimular global a partir de detalles del mismo: presentación de figuras incompletas que el sujeto ha de reconocer, etc.

**156. De las siguientes ¿qué prueba NO se utiliza para evaluar las habilidades previas a la lectura?:**

1. Test del ABC de Lourenço Filo.
2. Batería de Madurez Lectora de Inizan.
3. Pruebas de Lecturas, Niveles 1 y 2.
4. Test de Habilidades Grafomotoras (THG).

**RC 4****EVALUACIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO - PRUEBAS ESTANDARIZADAS****Pruebas de habilidades previas a la lectura**

- Test del ABC de Lourenço Filo 6-14 años.
- Batería de Madurez Lectora Inizan.
- Pruebas de Lecturas, Niveles 1 y 2.

	– Test Reversal.
<b>Pruebas de lectura</b>	– Exploración de las Dificultades Individuales de Lectura (EDIL). – Dos Pruebas Estandarizadas de Comprensión Lectora (CLT). – Batería de Procesos Lectores (PROLEC). – Batería de Evaluación de la Lectura (BEL). – Batería de Comprensión Lectora SURCO. – Comprensión de Ordenes Escritas COE. – Evaluación de la Comprensión Lectora Batería (IDEPA)
<b>Pruebas de lectura y escritura</b>	– Test de Análisis de Lectura y Escritura (TALE). – Evaluación de la Lengua Castellana, Ciclo Medio. – Batería Evaluativa de las Habilidades Necesarias para el Aprendizaje de la Lectura y la Escritura (BEHNALE).
<b>Pruebas para la escritura</b>	– Ortografía. 0-2. – Test de Habilidades Grafomotoras (THG).

157. Para qué autor el inicio de la comunicación es el resultado del desarrollo sensoriomotor?:

1. Piaget.
2. Chomsky.
3. Bruner.
4. Vygotsky.

#### RC 1

Para **Piaget**, el inicio de la comunicación es el resultado del desarrollo sensoriomotor.

158. ¿Cómo se denomina el reflejo que se produce cuando se acaricia con un dedo la mejilla del bebé y este gira la cabeza y abre la boca hacia la fuente de estimulación?:

1. Moro.
2. Babinski.
3. Búsqueda.
4. Tónico del cuello.

#### RC 3

El **reflejo de búsqueda u hociqueo** se presenta cuando se acaricia la mejilla del bebé. Este girará la cabeza hacia el lado acariciado y comenzará a hacer movimientos de succión con la boca.

159. Según Kuhn y Weinstock (2002), ¿a qué nivel del desarrollo epistemológico se encuentra un sujeto en el que sus afirmaciones como expresiones del conocimiento son meras copias de la realidad?:

1. Evaluativo.
2. Pluralista.
3. Relativista.
4. Realista.

#### RC 4

**Niveles epistemológicos (Kuhn, 1999, Kuhn, 2001; Kuhn y Weinstock, 2002):**

1. **Nivel realista:** afirmaciones como meras **copias** de la realidad. Hacia los tres años de edad.
2. **Nivel absolutista:** afirmaciones como descripciones de los **"hechos"** que puede ser verdaderas o falsas. Hechos más o menos correctos o incorrectos como representación de la realidad (posibilidad de "falsas creencias"). 4 - 5 años de edad.
3. **Nivel pluralista:** las afirmaciones como **opiniones** personales y subjetivas, *"todo vale"* o *"nada vale"*. Adolescencia.
4. **Nivel evaluativo:** afirmaciones como **juicios** que **deben evaluarse** en función de la **argumentación y de la evidencia** *"no todas las opiniones son iguales"*. Alcanzar este nivel parece más una excepción que la regla, parece que pocos individuos lo consiguen.

160. ¿Qué estado del desarrollo propuesto por Piaget se caracteriza por la aparición de la función semiótica, el lenguaje y egocentrismo?:

1. El sensoriomotor.
2. El preoperacional.
3. El de las operaciones concretas.

## 4. El de las operaciones formales.

RC 2			
ESTADIOS	EDAD	DESCRIPCIÓN	CAPACIDADES
Sensorio-motor	Nacimiento a 18/24 meses	De los reflejos innatos a la inteligencia a través de esquemas de interacción con el medio	Conocimiento mediante los sentidos y su acción sobre los objetos. Adquieren la permanencia de los objetos ocultos.
Preoperacional	2 – 7 años	Aparición de la función semiótica y el lenguaje. Inteligencia representacional. Egocentrismo	Utilización de conceptos y símbolos, pero de forma intuitiva, pre – lógica. Ideas “mágicas” sobre las relaciones entre causa y efecto (animismo)
Operaciones concretas	6 – 11 años	Aparición de las operaciones lógicas y de la reversibilidad en el pensamiento. El niño comienza a comprender y a utilizar conceptos.	Capacidad para resolver problemas de seriación, conservación y clasificación, siempre que tengan delante los objetos
Operaciones formales	A partir de los 12 – 15 años	Inteligencia abstracta. Lo real se subordina a lo posible. Carácter hipotético – deductivo y proposicional.	Capacidad de pensar de forma abstracta a partir de proposiciones verbales, explorando todas las posibilidades lógicas. No se encuentran atados por el “aquí y ahora”

## 161. Para Hipócrates, el tipo "sanguíneo" se caracteriza por:

1. Predominar la bilis amarilla y una tendencia a la tristeza.
2. Predominar la bilis negra y una tendencia a la apatía.
3. Predominar la sangre y una tendencia a la agresividad.
4. Predominar la sangre y una tendencia al entusiasmo.

## RC 4

**Hipócrates:** los elementos básicos que componen la naturaleza representados en el cuerpo humano en forma de **4 humores: Sangre, Bilis Amarilla, Bilis Negra y la Flema**. Su combinación diferencial, hará que el cuerpo del hombre refleje las propiedades derivadas de tal composición. **Propone que el temperamento de un individuo responde al predominio de alguno de los humores**, y da lugar a **4 tipologías**, mutuamente excluyentes. Enuncia la **primera teoría de las diferencias individuales** donde distingue entre:

- ✓ **Tipo sanguíneo:** predomina la sangre, característica: gran entusiasmo, actividad y volubilidad.
- ✓ **Tipo colérico:** predomina la bilis amarilla, gran irritabilidad.
- ✓ **Tipo melancólico:** predomina la bilis negra, tendencia a la tristeza.
- ✓ **Tipo flemático:** predomina la flema, destacan características de apatía y frialdad.

## 162. En el estudio longitudinal llevado a cabo por Terman sobre la inteligencia se encontró que los superdotados se caracterizaban por, señale la alternativa INCORRECTA:

1. En los test de rendimiento puntúan siete u ocho años por encima de la población normal.
2. Aprenden a leer antes.
3. Poseen un amplio vocabulario.
4. Poseen un alto nivel de intereses.

## RC 1

Lewis M. Terman (1877-1956), conocido como el inventor de las escalas de inteligencia Stanford-Binet, se conoce también como el "padre del estudio de la superdotación". Los **objetivos principales** del proyecto fueron comprobar si el potencial intelectual que poseían los sujetos en la infancia se mantenía cuando alcanzaban la vida adulta y comparar a estos individuos con esta excepcional capacidad con los individuos de inteligencia normal.

Terman seleccionó a los sujetos más **representativos** de la población escolar californiana. La muestra que obtuvo estaba formada por un **grupo de control** y un **grupo experimental**, este último con una alta capacidad intelectual. Las conclusiones del estudio diferenciaban una serie de características que poseían los superdotados:

1. Presentan superioridad física y mejor salud.
2. Han aprendido a leer antes que el grupo de control y entienden rápidamente.
3. Tienen gran curiosidad y memoria y un amplio vocabulario.

4. En los test de rendimiento puntúan dos o tres años por encima de la población normal.
5. Leen más y mejor con un marcado interés hacia la ciencia, la historia, las biografías, la poesía y el teatro.
6. Su nivel de intereses es más elevado.
7. Obtienen mejores puntuaciones en los test caracteriológicos (evaluación de la estabilidad emocional, actitudes sociales y otros aspectos).

Los resultados longitudinales muestran que la **elevada inteligencia** se mantiene en la mayoría de los casos observando que muchos participantes habían publicado libros y habían efectuado algún que otro producto. Sin embargo aunque la gran mayoría de los hombres y mujeres de la muestra había tenido éxito en las disciplinas universitarias cursadas y en la actividad profesional ninguno de ellos realizó una contribución lo suficientemente notable como para ser catalogado de **genio** o ganar un premio Nobel o similar.

**163. Según el modelo los factores de personalidad propuestos por Cattell, la Socialización-Super-ego es un factor:**

1. De primer orden.
2. De segundo orden.
3. Alfa.
4. Beta.

## RC 2

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN:

- Ansiedad baja (Ajuste)-Ansiedad alta (Ansiedad)
- Introversión (Invia)-Extraversión (Exvia)
- Socialización-Super-ego
- Dependencia-Independencia

**164. ¿Qué términos o definiciones son propios de la teoría de los constructos personales de Kelly, señale la alternativa INCORRECTA:**

1. Nomotética.
2. Holista.
3. Constructivista.
4. Contextualista.

## RC 1

**Características de la teoría de Kelly:**

- **Ideográfica:** centrada en los modos particulares en que un individuo se enfrenta al mundo.
- **Holista:** le interesan los aspectos totales de la personalidad.
- **Constructivista:** esfuerzo del sujeto por construir conceptualmente su mundo.
- **Contextualista:** la experiencia, el contexto de la realidad externa, juega un papel decisivo en la evolución del sistema cognitivo.
- Por ambas características se la ha llamado **constructivista-contextualista**.
- **Alternativismo constructivo:** nadie necesita ser víctima de su propia biografía, siempre hay posibilidades de escoger construcciones alternativas al tratar con el mundo.
- En esta teoría **el sujeto se equipara a un científico**, cada sujeto posee su propia representación mental de la realidad y de sí mismo y actúa como un científico formulando hipótesis y creando teorías sobre lo que le rodea.
- La **actividad del sujeto es organizar la realidad**, no responder a estímulos; es decir **la conducta es anticipatoria**, no reactiva.
- Las predicciones se harán en base al sistema total de categorías cognitivas de cada sujeto, sistema formado por un número finito de constructos bipolares.
- Las **diferencias entre sujetos** estriban tanto en las historias personales como en **su manera de construir el mundo** de acuerdo a sus categorías cognitivas.

**165. Para Pavlov, el tipo de actividad nerviosa superior (o tipo de SN) corresponde al concepto psicológico de:**

1. Carácter.
2. Personalidad.
3. Temperamento.
4. Inteligencia.



**RC 3**

Para **Pavlov**, el **tipo de actividad nerviosa superior (o tipo de SN)** corresponde al **concepto psicológico** de temperamento y la **forma habitual de actividad nerviosa superior (o fenotipo)** corresponde al concepto psicológico de carácter (**personalidad**).

**166. En los estudios sobre las actitudes, el factor actitudinal que Cattell denominó "Factor beta o Expresión del Yo", hace referencia a:**

1. La búsqueda consciente de la satisfacción sin considerar las posibles consecuencias.
2. Las respuestas motivadas de naturaleza fisiológica ante los estímulos relacionados con el interés.
3. Un "yo deberá estar interesado".
4. El interés consciente y deliberadamente desarrollado.

**RC 4**

Cattell utiliza el **análisis factorial para desarrollar una taxonomía de las fuentes motivacionales (rasgos dinámicos)** de la conducta. Los **rasgos dinámicos** los divide en **actitudes, sentimientos y ergios**. La **unidad básica es la actitud** que expresa la fuerza del interés por seguir un curso de acción en particular, y los **sentimientos y ergios** se infieren del estudio factorial de las actitudes.

Con el propósito de conocer los componentes de las actitudes elabora más de cincuenta tests objetivos con los que **pretendía medir diferentes actitudes o motivos**. Se obtuvieron **cinco factores componentes de las actitudes**:

1. **Factor alfa o Ello consciente:** es la búsqueda consciente de la satisfacción sin considerar las posibles consecuencias.
2. **Factor beta o Expresión del Yo:** interés consciente y deliberadamente desarrollado.
3. **Factor gamma o Super-Yo:** alude a un "yo deberá estar interesado".
4. **Factor delta o Ello inconsciente:** incluye las respuestas motivadas de naturaleza fisiológica ante los estímulos relacionados con el interés.
5. **Factor épsilon o Conflicto inconsciente:** se refiere a lo reprimido y hecho inconsciente debido al conflicto.

Estos cinco factores se pueden **reducir a dos componentes, uno consciente (Yo y Super-Yo) y otro inconsciente (Ello, expresiones fisiológicas y complejos reprimidos)**.

**167. Dentro de los modelos interaccionistas en Psicología de la Personalidad, la interacción mecanicista o unidireccional se define como:**

1. La interacción entre la conducta y la situación.
2. La interacción recíproca entre la persona y la conducta.
3. La interacción entre los efectos principales de la persona y situación sobre la conducta.
4. La interacción recíproca entre conducta, factores personales y situacionales.

**RC 3**

Dentro del Modelo interaccionista o dialéctico se pueden distinguir dos tipos de interacción:

- **Interacción mecanicista o unidireccional:** interacción entre los efectos principales (persona y situación) sobre la conducta. La interacción sería entre causas, no entre causa y efecto.
- **Interacción dinámica, recíproca o multidireccional:** interacción recíproca entre conducta, factores personales y situacionales. El modelo postula cuatro fases que están continuamente interactuando, siendo causa y efecto en todo momento. Además, al pasar a otra situación, las variables personales pueden modificarse por la experiencia de la situación previa.

Según el **Modelo interaccionista o dialéctico** la conducta está determinada por **variables personales y situacionales** pero, fundamentalmente, por la **interacción de ambas**. La personalidad es un **sistema autorregulador** en permanente interacción con otros sistemas.

Algunos representantes de esta corriente son Magnusson, Allen, Endler, etc.

**168. Uno de los inconvenientes encontrados en el estudio de la personalidad desde una perspectiva correlacional es:**

1. Las variables que se pueden estudiar son limitadas.
2. No se puede establecer relaciones entre variables.
3. Carece de validez ecológica.
4. Establece relaciones asociativas pero no causales.

**RC 4**

**Ventajas de la aproximación correlacional:**

- **Permite estudiar un amplio rango de variables**, gracias, fundamentalmente, al empleo de procedimientos estadísticos que lo posibilitan.

- **Posibilita el establecimiento de relaciones entre muchas variables.**
- **Permite obtener información sobre fenómenos en los que la manipulación experimental plantea problemas.**
- **Permite estudiar las diferencias existentes de manera natural**, teniendo así mayor validez ecológica que los diseños experimentales.

**Inconvenientes:**

- **Establece relaciones asociativas pero no causales**, ya que no permite descartar la existencia de variables extrañas que pudieran influir en la variable de interés.
- **Se basa en la utilización de cuestionarios y autoinforme, que pueden sufrir potenciales distorsiones.**

**169. ¿Qué autor introdujo el concepto de impulso en el estudio de la psicología de la motivación?:**

1. Woodworth.
2. Hull.
3. Young.
4. Hebb.

**RC 1**

**Woodworth** (1918) introduce el concepto en psicología de la motivación de **impulso**. Consideraba que la motivación era una respuesta a una serie de necesidades físicas que se deberían satisfacer buscando en el ambiente aquellos bienes que redujeran el impulso. En el impulso existen factores generales y factores específicos.

**170. Recordar que el día de mi boda llovía mucho pertenece al tipo de memoria denominada:**

1. Semántica.
2. Episódica.
3. Procedimental.
4. Icónica.

**RC 2**

**La memoria episódica** almacena información acerca de experiencias personales y sus relaciones temporales.

**171. Los psicofísicos clásicos consideraban al umbral diferencial como aquel estímulo que produce un 75% de respuestas:**

1. Mayor en un experimento de discriminación.
2. Menor en un experimento de discriminación.
3. Mayor en un experimento de condicionamiento.
4. Menor en un experimento de condicionamiento.

**RC 1**

Los psicofísicos clásicos, consideraban al umbral diferencial como aquel estímulo que produce un 75% de respuestas "mayor" en un experimento de discriminación, dado que los resultados empíricos han mostrado que no existe un cambio brusco sino una transición suave de los datos y los observadores no son totalmente consistentes en sus respuestas.

**172. En un ensayo de condicionamiento clásico, la resistencia a la extinción es:**

1. El período de tiempo transcurrido entre la presentación del estímulo condicionado y la aparición de la respuesta condicionada.
2. Un equivalente a la intensidad de la respuesta.
3. El período de tiempo entre la iniciación de la respuesta y su finalización.
4. El número de veces que es necesario presentar sólo el estímulo condicionado para que la respuesta condicionada deje de aparecer.

**RC 4**

Los parámetros más importantes en la **medida de la Respuesta Condicionada** son la amplitud y la latencia, pero también se utilizan las medidas de otros parámetros no descriptivos de la respuesta misma, sino relacionados con ella, tales como el reclutamiento, el número de ensayos, la frecuencia y la resistencia a la extinción.

- **La amplitud** de la respuesta es la extensión de ella. Es sinónimo de intensidad.
- **La latencia** es el período de tiempo transcurrido entre la presentación del EC y la aparición de la RC.
- **El período de reclutamiento** es el período de tiempo entre la iniciación de la respuesta y el pico de su amplitud; esto es, el período necesario para que la RC pase de su intensidad mínima a su intensidad máxima en una respuesta singular.

- **Número de ensayos** es el parámetro que nos da la medida del número de apareamientos EC-EI necesarios para que la RC alcance un criterio. Criterio que suele ser una determinada intensidad.
- **La frecuencia** como parámetro de la RC es el porcentaje del número de respuestas condicionadas en relación al número de ensayos realizados.
- **La resistencia a la extinción** es el número de veces que es necesario presentar sólo el EC para que la RC deje de aparecer.

**173. Dentro del paradigma del condicionamiento instrumental u operante, cuando el refuerzo consiste en la desaparición de un estímulo aversivo, a dicho refuerzo se le llama:**

1. Primario.
2. Secundario.
3. Positivo.
4. Negativo.

#### RC 4

Las variables fundamentales del condicionamiento operante son el **reforzador**, la **respuesta** y el **estímulo discriminativo**. Adicionalmente suelen existir otra variable como el tiempo de privación.

**El reforzador** es cualquier estímulo que hace aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta o el vigor de la misma. Cuando el refuerzo consiste en la desaparición de un estímulo aversivo, entonces a lo que se llama **refuerzo negativo** es a la situación de condicionamiento, la situación que termina en el reforzamiento de la respuesta de escape o evitación. La razón es que la evitación del estímulo aversivo o el escape de él hace de refuerzo, o sea, aumenta la probabilidad de dichas conductas.

**174. ¿Qué autor propuso el modelo del tetraedro del gusto donde mantiene que los cuatro sabores (dulce, amargo, agrio y salado) no pueden identificarse por separado?:**

1. Hennign.
2. Klatzky.
3. Lederman.
4. Helmholtz.

#### RC 1

**Hennign** propuso el **modelo del tetraedro del gusto** manteniendo que los cuatro sabores no podían identificarse separadamente. Otros investigadores no comparten esta idea y proponen que los cuatro sabores pueden identificarse separadamente. Hoy se acepta la hipótesis de que el gusto depende de la actividad de cuatro canales, cada uno sintonizando a cada uno de los cuatro sabores básicos.

**175. ¿Qué característica de las siguientes NO es propia de la memoria icónica?:**

1. Gran capacidad.
2. Larga duración.
3. De naturaleza precategorial.
4. Procesamiento de abajo-arriba.

#### RC 2

La memoria icónica se caracteriza por su **gran capacidad, corta duración y naturaleza precategorial**.

- **Capacidad del almacén icónico:** la capacidad del almacén icónico es **muy grande**.
- **Duración del icón:** la persistencia del icón es de **menos de 1 segundo**. Después de ese tiempo la información contenida en el almacén icónico desaparece.
- **Naturaleza precategorial de la memoria icónica:** el **contenido de la memoria icónica** es de **naturaleza precategorial**. El procesamiento de la información está totalmente basado en los datos físicos de los estímulos (**procesamiento abajo-arriba**), no contaminados aún por el conocimiento del sujeto.

**176. En investigación en psicopatología, los individuos diagnosticados y asignados a un cuadro psicopatológico específico se denominan:**

1. Sujetos anormales.
2. Análogo clínico.
3. Análogo subclínico.
4. Sujetos clínicos.

**RC 4****Tipo de muestra de sujetos:**

- **Sujetos normales:** obtenidos de la población general.
- **Análogo clínico o subclínico:** aquel que se etiqueta en base a puntuaciones elevadas en una variable determinada, obtenidas por personas normales o no diagnosticadas con algún tipo de trastorno.
- **Sujetos clínicos:** o sujetos diagnosticados y asignados a un cuadro psicopatológico específico (depresivo, esquizofrénico, etc.)

**177.¿Cómo se denomina la capacidad de dirigir las funciones psíquicas sobre un objeto determinado?:**

1. Focalización.
2. Orientación.
3. Introspección.
4. Juicio.

**RC 1****Capacidades psíquicas ligadas a la lucidez de conciencia:**

1. **Focalización.** Es la capacidad de dirigir las funciones psíquicas (percepción, pensamiento) sobre un objeto determinado. El resultado de esta capacidad psíquica ligada a la conciencia es la atención.
2. **Orientación.** O capacidad de situarse correctamente en el tiempo, en el espacio y en cuanto a la identidad (de sí mismo y de los sujetos del entorno).
3. **Organización coherente.** Es la capacidad de estructurar de una forma comprensible las percepciones, el pensamiento, el lenguaje y la actividad mnésica.
4. **Control intencional.** Consiste en la capacidad de dirigir determinadas funciones psíquicas en el sentido determinado por el sujeto.
5. **Apercepción o introspección.** La apercepción se refiere a la capacidad de percatarse de las propias experiencias psíquicas (percepción de las percepciones, del pensamiento, de la identidad de la conciencia). La apercepción es un proceso involuntario que se relaciona íntimamente con la introspección, que es la capacidad de focalizar intencionadamente la atención sobre la misma conciencia y sobre las propias funciones psíquicas. La introspección es un fenómeno voluntario y la apercepción es un fenómeno predominantemente involuntario.
6. **Juicio de realidad.**

**178.El coste de respuesta está especialmente indicado para:**

1. Programas operantes en los que se administran reforzadores cuantificables como fichas, puntos u otros objetos que posteriormente se cambiarán por los reforzadores.
2. Programas operantes donde se refuerza la conducta si ésta se distancia de la emisión anterior por un período de tiempo mínimo.
3. Programas operantes donde se presenta de forma repetida un estímulo reforzador en un plazo de tiempo pequeño hasta que el estímulo pierda su valor reforzante.
4. Terapias cognitivas donde se pretende introducir una nueva conducta a través de un modelo.

**RC 1**

El coste de respuesta es una modalidad de castigo negativo que consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta, esto es, se pierden cantidades específicas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada (multas de tráfico, retirada de carné de conducir, etc.) o perder una cantidad de dinero fija. Está especialmente indicado en **programas operantes en los que se administran reforzadores cuantificables como fichas, puntos u otros objetos que posteriormente se cambiarán por los reforzadores**. Se diferencia del castigo en que éste implica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta, en vez de la retirada de cierta cantidad de reforzadores.

**Características:**

- Como procedimiento de castigo puede producir una reducción rápida y completa de la conducta.
- No es imprescindible identificar ni controlar los reforzadores que mantienen la conducta.
- Es necesario poder retirar un reforzador de forma contingente a la emisión de la conducta: para ello es necesario que la persona disponga de una reserva de reforzadores (si no hay se pueden crear) y que éstos puedan ser retirados.
- Determinante aplicar el coste de respuesta de forma consistente y lo más próxima a la emisión de la conducta a

eliminar.

- Posibilidad de recuperación espontánea: pero si se mantiene el costo de respuesta volverá a desaparecer rápidamente y la reaparición será cada vez menos probable.
- Aparición frecuente de respuestas emocionales y/o agresión inducida por el costo de respuesta.

#### 179. Según la teoría de la incubación de Eysenck:

1. La ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano tipo A.
2. La ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano tipo B.
3. La ansiedad se extingue tras presentaciones breves del EC.
4. La ansiedad se potencia tras respuestas condicionadas débiles.

#### RC 2

**Teoría de la incubación de la ansiedad:** modelo desarrollado por **Eysenck**, el que aportó una versión moderna sobre el condicionamiento de la ansiedad, mediante el denominado "tercer gran modelo de condicionamiento" o modelo de incubación de la ansiedad. La teoría de la incubación de Eysenck se centra en el concepto de la "ley de incubación" como complemento a la ley de la extinción. El modelo asume la existencia de factores de vulnerabilidad individual y filogenética que facilita los mecanismos de la incubación. Este modelo explica por qué no hay extinción de la respuesta de ansiedad tras repetidas presentaciones del EC sin el EI y explica también por qué se predice incluso un aumento de la R de incubación. Esta teoría postula que la ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios del **condicionamiento pavloviano tipo B**.

Para que se produzca resistencia a la extinción o incremento (incubación) de la RC, ésta debe actuar como agente reforzador, **reforzamiento que sólo se produce si la RC es suficientemente fuerte, y si la duración del EC es corta**. En virtud del principio de incubación, la mera presentación del EC no siempre lleva a la extinción de la RC, tal y como establece la ley de extinción. Da cuenta del fenómeno denominado incremento paradójico y posee implicaciones teóricas y prácticas respecto a la terapia conductual de la ansiedad.

#### 180. La concepción del desarrollo de L. Vygotsky destaca:

1. Los escenarios de conducta como contexto donde se desarrolla la conducta.
2. Las conductas innatas o instintivas para el desarrollo de la inteligencia.
3. Un periodo crítico o sensible para el desarrollo del aprendizaje.
4. La interacción social como base de los procesos y mecanismos del desarrollo intelectual mediatizada por el lenguaje e instrumentos materiales.

#### RC 4

La concepción vygostskyana destaca la importancia de la interacción social como base de los procesos y mecanismos del desarrollo intelectual mediatizada por el lenguaje e instrumentos materiales.

Admite la existencia de un pensamiento previo e independiente del lenguaje, pero defiende que, a partir de determinado momento en el desarrollo, el lenguaje se funde con el pensamiento a través de un proceso de interiorización ligado a la función reguladora, dando lugar al "pensamiento verbal", por una parte y a un "lenguaje intelectualizado", por otra.

El lenguaje comienza teniendo una función primordialmente comunicativa, esto es, una función social. Sin embargo, el lenguaje llegará a unirse al pensamiento y desarrollará una nueva función no comunicativa, relacionada con el pensamiento, que se pone de manifiesto por primera vez en esas emisiones lingüísticas que acompañan a la actividad del niño en situaciones como la resolución de problemas, lo que Piaget había llamado "lenguaje egocéntrico", pero sin llegar a reconocer la importancia de esta conducta.

#### 181. ¿En qué grupo de los trastornos de personalidad se ubica el trastorno de personalidad evitativo?:

1. Ansiosos o temerosos.
2. Temerosos y deprimidos.
3. Deprimidos y bajo afecto positivo.
4. Raros o excéntricos.

#### RC 1

En el DSM-IV y DSM-5 se distinguen **diez tipos de trastornos de personalidad**, reunidos en **tres grupos**, por las similitudes de sus características:

##### Grupo A. Raros o excéntricos:

- **Paranoide**

- Esquizoide
- Esquizotípico

Este grupo de trastornos se caracteriza por un **patrón penetrante de cognición** (por ej. sospecha), **expresión** (por ej. lenguaje extraño) y **relación con otros** (por ej. aislamiento) anormales.

**Grupo B. Dramáticos, emotivos o inestables:**

- Antisocial
- Límite
- Histriónico
- Narcisista

Estos trastornos se caracterizan por un **patrón penetrante de violación de las normas sociales** (por ej. comportamiento criminal), **comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad**. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

**Grupo C. Ansiosos o temerosos:**

- Evitativo
- Dependiente
- Obsesivo-compulsivo

Este grupo se caracteriza por un **patrón penetrante de temores anormales**, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

**182.¿Qué programa o técnica terapéutica incluye entre sus componentes el entrenamiento en conciencia plena distanciada (detached mindfulness) para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo?:**

1. Farmacoterapia.
2. Fusión pensamiento-acción probabilística.
3. Terapia metacognitiva.
4. Detención del pensamiento.

**RC 3**

El objetivo de la **Terapia metacognitiva** es modificar dos dominios de creencias metacognitivas en el TOC: **creencias cognitivas acerca del significado o importancia de los pensamientos y sentimientos**; y **creencias cognitivas acerca de la necesidad de realizar rituales**.

**Pasos a seguir:**

1. **Entrenamiento en conciencia plena distanciada (detached mindfulness):** lo constituye cuatro componentes:
  - a) Conciencia de las obsesiones.
  - b) Atención plena distanciada: observar sin alterar.
  - c) Exposición y comisión de respuesta: pedir que realice el ritual a la vez que mantiene la obsesión, de este modo el ritual pierde la capacidad funcional de reducir la ansiedad.
  - d) Exposición y prevención de respuesta metacognitiva: se busca desafiar las creencias metacognitivas de fusión pensamiento-acción, pensamiento-evento y pensamiento-objeto.
2. **Cambiando las creencias metacognitivas de los pensamientos obsesivos:** se busca cambiar las creencias acerca de la importancia y poder de los pensamientos, centrándose en las creencias de fusión pensamiento acción, pensamiento evento y pensamiento-objeto. Se utilizan métodos verbales y experimentos conductuales (pe. el spray contaminante).

**183.¿Cuál de los siguientes criterios NO se suele tener en cuenta para considerar los celos como una manifestación no evolutiva en niños y adolescentes?**

1. Manifestación antes de los 5 años de edad.
2. Que se prolonguen con el tiempo.
3. Generalización a distintas áreas.
4. Reacción emocional y conductual exacerbada e injustificada frente al estímulo provocador.

**RC 1**

**CRITERIOS PARA CONSIDERAR LOS CELOS COMO UNA MANIFESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

(Ortigosa, 1999) (Tomado y adaptado de: Espada Sánchez, J. P.; Méndez Carrillo F. J.; Orgilés Amorós, M. "Terapia psicológica con niños y adolescentes: estudio de casos clínicos", 2006)

<b>EDAD</b>	Más allá de los 6 años
<b>CRONICIDAD</b>	Prolongación en el tiempo

<b>ACTIVIDAD</b>	Interferencia en actividades y relaciones interpersonales Generalización a distintas áreas.
<b>SINTOMATOLOGÍA</b>	Reacción emocional y conductual exacerbada e injustificada frente al estímulo provocador (exceptuando el período inicial de los celos).
<b>TRASTORNOS ASOCIADOS</b>	Trastornos que son consecuencia de los celos o bien están asociados a su presencia: encopresis y enuresis funcional, trastornos del lenguaje, disomnias y parasomnias, trastornos específicos del aprendizaje, depresión, trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante y trastorno de somatización.
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>	Estructura y funcionamiento familiar que fomente los celos.

**184.El modelo OSI (Occupational Stress Indicador) de Cooper y cols. (1988) para explicar el estrés laboral:**

1. Se basa en el principio del modelo transaccional de Lazarus y Folkman.
2. Está basado en el modelo de la Psicología Positiva.
3. Plantea que el control puede amortiguar el efecto de las elevadas demandas laborales.
4. Plantea que la presencia de estados de afectividad positiva un estado de engagement activo con la tarea y el trabajo en general.

**RC 1**

**Modelo OSI (Occupational Stress Indicador):** Modelo desarrollado por Cooper, Sloan y William (1988) y que se basa en el principio del modelo transaccional de Lazarus y Folkman: el estrés es un proceso dinámico en el que intervienen variables tanto del entorno como individuales, de forma que el estrés aparece cuando la persona evalúa una situación como estresante o amenazante.

**185.El síndrome que consiste en la pérdida por delección del trozo p15. del cromosoma 5 se denomina:**

1. Síndrome de Down.
2. Síndrome de Turner.
3. Síndrome de Klinefelter.
4. Síndrome del maullido del gato.

**RC 4**

**El síndrome de Maullido del gato** consiste en la pérdida por delección del trozo p15 del cromosoma 5. Se llama así por el parecido del llanto de estos niños al maullido del gato (debido a malformaciones de la laringe y glotis).