

EXAMEN PIR 2026

Preguntas comentadas

CONVOCATORIA 2025

01 PSICOPATOLOGÍA

075. ¿En qué trastorno afásico los pacientes muestran un habla normal al repetir, una comprensión auditiva muy deteriorada y fluidez muy pobre en la emisión espontánea?:

- 1) Afasia de Broca.
- 2) Afasia motora transcortical.
- 3) Afasia transcortical mixta.
- 4) Afasia global.

RC: 3. En el tema de los trastornos del lenguaje las afasias constituyen una de las alteraciones nucleares y que es objeto de examen con frecuencia (definición, subtipos, características principales y bases biológicas asociadas a dichas alteraciones principalmente).

Desde el punto de vista clínico, la diferenciación entre afasias motoras y sensoriales es fundamental. Las afasias motoras tienen conservada la comprensión junto a la afasia de conducción (en la que el único síntoma es la incapacidad para repetir). Las afasias sensoriales tienen como afectación principal la comprensión, y de éstas, en la única que está conservada la repetición es en la afasia sensorial transcortical. En la siguiente tabla podemos observar las principales características clínicas:

	Com- pren- sión	Re- peti- ción	AFASIAS	CARACTERÍSTICAS
FLUI- DAS	BC	BR	Anómica	- Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia
		MR	Conduc- ción	- Frecuentes para- fasias fonémicas - Anomia
	MC (sen- soria- les)	BR	Sensorial trancortical	- Anomia
		MR	Wernicke	- Anomia - Neologismos y pa- rafasias
NO FLUI- DAS	BC	BR	Motora transcorti- cal	- Anomia - Fluidez normal en repetición y al nom- brar objetos (afec- tada en emisiones espontáneas)
		MR	Broca	- Parafasias fonémicas - Agramatismo
	MC	BR	Transcorti- cal mixta	- Fluidez al repetir (pobre en emisión espontánea) - Repetición eco- lógica
		MR	Global	- Estereotipias, au- tomatismos

Teniendo en cuenta las características descritas en el enunciado podemos descartar de entrada la 1 y la 2 (pues en las afasias motoras la comprensión está conservada). De las dos opciones restantes, la única que conserva un habla normal al repetir y fluidez, aunque pobre, en la emisión espontánea es la transcortical mixta (**opción 3 correcta**) pues la afasia global tiene afectadas estas manifestaciones del lenguaje.

- Manual CEDE Psicopatología
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill

080. ¿Cómo se denomina a la estereotipia verbal en la que el paciente repite palabras o sílabas de su propio discurso?:

- 1) Palilalia.
- 2) Ecolalia.
- 3) Perseveración semántica.
- 4) Taquifemia.

RC: 1. Dentro de los trastornos del lenguaje, los principales síntomas y síndromes son objeto de pregunta (en muchas ocasiones por la importancia en el diagnóstico diferencial con otros síntomas y alteraciones tanto del lenguaje como del pensamiento).

La **ecolalia** ocurre cuando el paciente repite como en un eco las últimas sílabas, palabras o frases breves que acaba de pronunciar un interlocutor o alguien que está cerca del paciente, o de una imitación o reproducción del habla de otra persona que está presente. Es poco frecuente y puede encontrarse en algunos pacientes con esquizofrenia, discapacidad intelectual y demencias en estado avanzado. La **palilalia (opción 1 correcta)** es un tic o estereotipia verbal parecida a la ecolalia, si bien lo que repite el paciente son palabras de su propio discurso. Se presenta asociada a demencias, trastornos orgánico cerebrales y puede ser un síntoma en la catatonía. En DSM-5-TR la ecolalia, palilalia y coprolalia se consideran tics vocales complejos.

La **taquifemia** (o farfulleo) es una alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de sílabas o sonidos y la articulación imprecisa de los fonemas. En la *perseveración se observa una repetición persistente de palabras o ideas.*

- Manual CEDE Psicopatología
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill

081. A diferencia del descarrilamiento, el paciente con discurso circunstancial:

- 1) Alcanza el propósito del discurso con paréntesis escasos o inexistentes.

- 2) Hace uso de excesivos paréntesis en respuesta a estímulos no inmediatos.
- 3) Da gran cantidad de detalles e información anómala por su carácter perseverante.
- 4) Proporciona detalles que, aunque irrelevantes, guardan alguna relación con el tema principal.

RC: 4. Dentro de los trastornos del pensamiento clásicamente se diferencia los trastornos del contenido y los trastornos formales.

Los trastornos formales se refieren a cómo el paciente construye el discurso, mientras los trastornos del contenido a qué es lo que cuentan. Los primeros coinciden con la Escala de Andreasen.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO	
FORMALES (Andersen, 1979)	DE CONTENIDO
1. Pobreza del habla o habla lacónica o laconismo	1. Pensamientos repetitivos negativos <ul style="list-style-type: none"> • Worry • Rumiación • Pensamientos automáticos negativos • Obsesiones y pensamientos intrusos
2. Pobreza del contenido del habla (habla vacía, alogia o trastorno formal negativo del pensamiento o verbigeración)	
3. Presión del habla (habla apresurada y logorrea)	
4. Habla distraída (discurso divergente)	
5. Tangencialidad	
6. Descarrilamiento (pérdida de asociaciones y fuga de ideas)	2. Idea sobrevalorada 3. Ideación autolítica 4. Delirios 5. Creencias disfuncionales
7. Incoherencia (ensalada de palabras, esquizoafasia y paragramatismo)	
8. Illogicidad (también Illogismo o pensamiento ilógico)	
9. Resonancias	
10. Neologismos	
11. Aproximaciones a palabras, parafasias o metonimias	
12. Circunstancialidad	
13. Pérdida de meta	
14. Perseveración	
15. Ecolalia	
16. Bloqueo	
17. Habla afectada discurso enfático o elación	
18. Autorreferencia	

En la **circunstancialidad (opción 4 correcta)** el paciente se pierde en detalles innecesarios, a menudo irrelevantes, fluye de manera indirecta y tarda mucho en alcanzar la meta. Es un pensamiento prolijo y divagatorio. La persona parece incapaz de sintetizar, puede estar hablando durante mucho tiempo si no se le interrumpe. En ocasiones, este tipo de discurso incita al entrevistador a intervenir para averiguar de qué se está hablando exactamente. Se diferencia del descarrilamiento porque, a pesar de los excesivos paréntesis, la persona alcanza la meta o propósito del discurso y porque, aunque irrelevantes, los detalles que proporciona guardan relación con el tema principal. Se diferencia de la pobreza de contenido porque en la circunstancialidad se dan muchos detalles e información, aunque sea irrelevante. Puede asociarse a TOC, trastornos afectivos (depresión, manía e hipomanía), estados de ansiedad, discapacidad intelectual y trastornos neurocognitivos.

- Manual CEDE Psicopatología
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill

082. El paciente amnésico:

- 1) Suele expresar su memoria de forma consciente y precisa para hechos recientes, aunque olvida los remotos.
- 2) Muestra dificultades para conectar de forma significativa unidades amplias de información.
- 3) Muestra un mayor deterioro en tareas de memoria implícita (p.ej., priming o aprendizaje motor) que en tareas explícitas de recuerdo consciente.
- 4) Presenta una alteración generalizada de la memoria semántica, manteniendo conservada la capacidad para recordar experiencias personales y su contexto.

RC: 2. La denominación de **síndrome amnésico** se reserva para aquellos casos en que una lesión cerebral provoca un déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros intelectuales.

La **amnesia anterógrada** (incapacidad para aprender o retener hechos nuevos) es la característica más acusada del síndrome amnésico. Lo esencial es la incapacidad para retener información nueva después de la lesión (amnesia anterógrada), que puede estar acompañada, o no estarlo, de cierto grado de amnesia retrógrada (opciones 1 y 4 incorrectas).

En el síndrome amnésico lo que se mantiene es:

- Pueden aprender nuevas categorías conceptuales, pero no de forma declarativa sino como **aprendizaje de hábitos**
- Muestran un efecto de facilitación **priming** semejante al de sujetos normales (opción 3 incorrecta)