

**PREGUNTAS
TIPO TEST
CON
RESPUESTAS
COMENTADAS**

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-16751-73-0
Depósito Legal: M-17494-2019
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

AUTORES

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
SESCAM.

Verónica Ventero Portelas

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Máster en Neuropsicología Clínica.

ÍNDICE GENERAL

Psicopatología	7
Psicología Clínica	41
Psicología Clínica Infantil	149
Psicología de la Salud	201
Evaluación en Psicología Clínica	229
Psicoterapias	259
Psicología Experimental	315
Psicología Evolutiva y de la Educación	329
Psicobiología.....	339
Bibliografía.....	345

PSICOPATOLOGÍA

001/C 2002-00 (#127). ¿Cuál de las siguientes clasificaciones fue la primera en introducir un sistema de diagnóstico multiaxial?:

- 1) DSM-I.
- 2) DSM-II.
- 3) DSM-III.
- 4) DSM-IV.
- 5) La CIE-9.

RC 3. Un aspecto importante es el relativo a la estructura y organización de los sistemas clasificatorios en Salud Mental. Especial relevancia tiene conocer la estructura multiaxial (no sólo en sus contenidos, sino también en lo referente a su desarrollo histórico, como podemos comprobar en esta pregunta). La respuesta correcta es la DSM-III (opción 3). Se intentó en esta edición crear un sistema ateorico y descriptivo (una intención no siempre traducida en hechos). Además todas las categorías fueron definidas mediante criterios explícitos, tanto de inclusión como de exclusión (en un intento de hacer más científica la clasificación clínica). Un importante cambio fue la novedosa introducción de un sistema diagnóstico multiaxial (combinado con una estructura jerárquica) con el propósito de organizar la información relativa a diversas facetas de cada trastorno.

002/C 2002-00 (#129). ¿Cuál es el criterio que determina la anormalidad basándose en una desviación de la distribución normal?:

- 1) El criterio social.
- 2) El criterio subjetivo.
- 3) El criterio estadístico.
- 4) El criterio biológico.
- 5) El criterio de anormalidad.

RC 3. Algunos de los criterios más influyentes y que se manejan para comprender y clasificar las alteraciones que pueden presentar los sujetos son los siguientes:

- **Criterio estadístico:** el postulado central es que las variables que definen psicológicamente a una persona poseen una distribución normal en la población general de referencia de esa persona. Por lo tanto, lo psicopatológico será aquello que se desvíe de la normalidad.
- **Criterios sociales e interpersonales:** que nos remiten a la adaptación a los modos de comportamiento esperables, habituales y sancionados como correctos por el grupo social al que pertenece la persona.
- **Criterios subjetivos o intrapsíquicos:** según el cual es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación que vehiculiza a través de quejas.
- **Criterios biológicos:** en los que a su vez se encuentra una variedad amplia (genéticos, bioquímicos, inmunológicos, etc.) pero al amparo de un mismo supuesto: las diferentes psicopatologías son, fundamentalmente, la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcio-

namiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que las sustenta. Entonces, la formulación de la pregunta nos obliga a escoger como respuesta correcta el criterio estadístico.

Conviene recordar sobre estos criterios que todos y cada uno de ellos es necesario, pero ninguno es suficiente, por sí mismo para la psicopatología. Uno de los objetivos de la psicopatología, entre otras cosas, es delimitar el peso relativo de cada uno de los criterios a la hora de clasificar, explicar y/o predecir la aparición de comportamientos anormales, actividades mentales anómalas o enfermedades mentales.

003/C 2003-00 (#105). ¿Cómo se denominan los diseños que se utilizan para investigar la transmisión genética de los trastornos mentales?:

- 1) Diseños de cohorte.
- 2) Diseños de muestreo de caso control.
- 3) Diseños experimentales.
- 4) Diseños consanguíneos.
- 5) Diseños de caso único.

RC 4. Las estrategias de investigación epidemiológicas básicamente emplean procedimientos retrospectivos (la obtención de datos se orienta hacia el pasado), transversales (centrados en un momento dado, más o menos puntual) y prospectivos (la investigación se efectúa longitudinalmente conforme avanza el tiempo). Mientras que la epidemiología descriptiva suele utilizar en gran medida métodos transversales y retrospectivos, la epidemiología analítica y experimental se vale en mayor grado de la metodología longitudinal. Los métodos retrospectivos y transversales, no obstante, pueden ser muy útiles en la epidemiología analítica para establecer hipótesis que posteriormente son contrastadas mediante métodos prospectivos. Algunos de los diseños más utilizados para investigar la conducta anormal son los siguientes: diseños de "muestreo de caso-control", diseños de "cohorte" y diseños consanguíneos o genéticos. Estos últimos diseños (opción 4) además de poseer el grupo de casos y el de controles, incluye una cohorte de familiares de los casos (cohorte consanguínea). Estos diseños se han utilizado para investigar la transmisión genética de algún trastorno. Tratan de investigar la influencia genética (peso de la herencia, modos de transmisión, etc.) aunque ofrecen igualmente información acerca del efecto que ejerce el ambiente sobre los trastornos mentales. Son tres los principales tipos de métodos consanguíneos: estudios familiares, estudios de gemelos y estudios de adopción.

004/C 2003-00 (#124). ¿Cuál es la principal diferencia entre signo y síntoma?:

- 1) Signo es un indicador de un proceso cognitivo y síntoma es un indicador de un proceso orgánico.

- 2) Signo es un indicador subjetivo y síntoma es un indicador objetivo del mismo proceso.
- 3) Signo es un indicador objetivo de un proceso orgánico y síntoma es un indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional.
- 4) El signo explica la enfermedad, el síntoma sólo la describe.
- 5) Un signo es un indicador objetivo de un proceso cognitivo y un síntoma lo es de un proceso funcional.

RC 3. Uno de las distinciones centrales en el modelo biológico en psicopatología es la diferencia entre signo y síntoma como manifestaciones de lo psicopatológico. Un signo es un indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo (por ejemplo la fiebre puede ser signo de un proceso inflamatorio). Un síntoma por su parte es un indicador de un proceso orgánico y/o funcional (por ejemplo sensación de tener fiebre). De hecho, el síntoma aislado, considerado en sí mismo no resulta anormal. Además los síntomas se pueden clasificar como primarios (rectores, nucleares o patognomónicos), es decir, que nos orientan hacia un diagnóstico determinado), y secundarios, cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado. El conjunto de signos o síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico es lo que recibe el nombre de síndrome.

005/C 2004-00 (#62). Los trastornos de la personalidad se diagnostican de acuerdo a la clasificación multiaxial del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-IV-TR, 2000) en:

- 1) El eje I.
- 2) El eje II.
- 3) El eje III.
- 4) El eje IV.
- 5) El eje V.

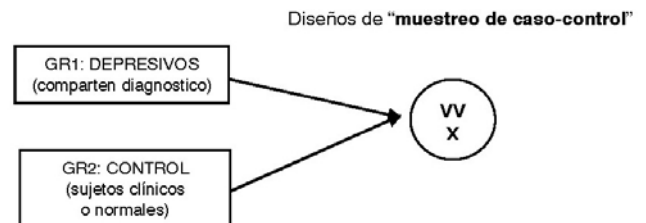
RC 2. Un sistema multiaxial implica la evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información relevante para entender la problemática del paciente. En el DSM-IV-TR (2000) se incluyen 5 ejes. Eje I. Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. El eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el eje II). Eje II. Trastornos de la personalidad. Retraso mental. Este eje también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Eje III. Enfermedades médicas. Se incluyen aquí las enfermedades médicas que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. Se registran aquí los problemas que pueden afectar al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (ejes I y II). Eje V. Evaluación de la actividad global, mediante la EEAG. Sólo debe ser cum-

plimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Por lo tanto, la opción de respuesta correcta es la número 2 (Eje II).

006/C 2007-00 (#59). Si en una investigación un grupo de sujetos comparte algún tipo de diagnóstico psicopatológico y se compara con un grupo de control que no tiene ese diagnóstico realizamos un diseño de:

- 1) Cohortes.
- 2) Casos y controles.
- 3) Consanguíneos.
- 4) Caso único.
- 5) Medidas repetidas.

RC 2. Uno de los diseños más utilizados para investigar la conducta anormal es el diseño de "muestreo caso-control". La característica definitoria de estos diseños consiste en que el grupo de casos, constituido por sujetos que comparten algún tipo de diagnóstico psicopatológico, se compara con un grupo control (ya sea un grupo de sujetos clínicos o normales). Ésta es la característica fundamental que los diferencia de otros diseños utilizados habitualmente como por ejemplo, el diseño de cohortes, en donde el grupo cohorte viene definido en base a alguna característica común diferente al diagnóstico (generalmente, la exposición o no a algún factor de riesgo). En esquema, estos diseños serían de la siguiente manera:



Dadas las características del grupo descrito en el enunciado, la única opción de respuesta correcta es la número 2.

007/C 2012-00 (#114). Según la epidemiología descriptiva, ¿qué tasa indica el número de casos nuevos de un trastorno en un período de tiempo determinado?:

- 1) La frecuencia del trastorno.
- 2) La incidencia del trastorno.
- 3) La distribución del trastorno.
- 4) La prevalencia del trastorno.
- 5) La acumulación del trastorno.

RC 2. Dentro de la epidemiología nos encontramos con tres niveles de análisis diferentes: descriptivo, analítico y experimental. La epidemiología descriptiva estudia la distribución de los trastornos (personas, lugar, tiempo), es decir trata de responder las preguntas de quién, dónde y cuándo aparecen los trastornos mentales. Por su parte la epidemiología analítica identifica causas asociadas a las tasas que nos aporta la epidemiología descriptiva (por qué

una tasa de incidencia es elevada en un grupo determinado de población y no en otro, por qué ocurre esto con respecto a un trastorno y no con respecto a otro, etc. son preguntas características que se hace la epidemiología analítica). Estas causas son lo que en términos epidemiológicos se denomina factores de riesgo, o condicionantes que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado. Las tasas de incidencia y de prevalencia constituyen dos índices centrales en epidemiología descriptiva (que se encarga del estudio de la distribución de los trastornos (Quién, Dónde y Cuándo presentan trastornos mentales). La incidencia es el número de casos nuevos de un trastorno ocurridos en una población durante un período concreto de tiempo (usualmente un año) (opción 2 correcta). La prevalencia es la proporción de casos de enfermedad existentes en un determinado momento respecto a una población definida, o dicho de otro modo, el número total de casos de un trastorno existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo concreto. En resumen, la prevalencia incluye todos los casos identificados en ese período de tiempo, mientras que la incidencia es el número de casos nuevos producidos en ese mismo período.

008/S 2015-01 (#52). La proporción de casos de enfermedad existentes en un determinado momento respecto a una población definida se conoce en epidemiología como:

- 1) Prevalencia.
- 2) Incidencia.
- 3) Morbilidad.
- 4) Razón proporcional.

RC 1. Las tasas de incidencia y de prevalencia constituyen dos índices centrales en epidemiología descriptiva. La incidencia es la frecuencia (número) de casos nuevos de un trastorno ocurridos en una población durante un período concreto de tiempo (usualmente un año). La prevalencia es la proporción de casos de enfermedad existentes en un determinado momento respecto a una población definida, o dicho de otro modo, el número total de casos de un trastorno existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo concreto (opción 1 correcta). La incidencia se expresa en términos absolutos y la prevalencia en términos relativos.

009/C 2013-00 (#175). ¿Qué es el estupor catatónico?:

- 1) Una de las respuestas de paralización por el miedo ante situaciones catastróficas o ante la sensación de incapacidad para hacer frente a situaciones estresantes o amenazantes.
- 2) Perplejidad producida por un sentimiento de angustia, abatimiento, culpa y una sensación de total incapacidad por la decisión.

- 3) Una respuesta de sobrecogimiento y rigidez por terror, angustia y perplejidad, cuyo origen difícilmente demostrable, ha sido interpretado como debido a "alguna amenaza grave a la conciencia acerca de sí mismo, obvia para él".
- 4) Disminución (e incluso ausencia) de respuestas verbales y motoras a los estímulos.
- 5) Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria, que se manifiestan en uno o varios grupos musculares o bien de forma generalizada en todo el cuerpo.

RC 3. Las alteraciones de la conciencia se traducen en determinados comportamientos verbales y motores incluyendo la atención, conducta motora, reactividad emocional y la presencia o ausencia de elementos delirantes y/o alucinaciones principalmente. La conducta de un paciente es extremadamente variable y puede oscilar desde la agitación al estupor o coma. El estupor es un trastorno de la conciencia caracterizado por una suspensión extrema de los movimientos voluntarios y de la mímica (llegando incluso a la flexibilidad cérica), ausencia de respuesta o respuesta muy reducida a los estímulos ambientales, incluso los dolorosos, y tras el cual en algunas ocasiones, el paciente puede proporcionar información bastante detallada de lo ocurrido durante la alteración de la conciencia. En clínica se han observado 4 formas de estupor:

- a) Estupor reactivo (que surge como una reacción a un shock grave, al pánico o al terror).
 - b) Estupor depresivo (que aparece en cuadros depresivos donde la persona se siente perpleja, abrumada, con un sentimiento de angustia, abatimiento, culpa y una sensación de total incapacidad para la decisión).
 - c) Estupor catatónico (que se manifiesta por una respuesta de sobrecogimiento y rigidez, por terror, angustia y perplejidad, cuyo origen, difícilmente demostrable, ha sido interpretado como "debido a una amenaza grave a la conciencia acerca de sí mismo, obvia para él" (Gallup y Maser, 1983) (opción 3 correcta).
 - d) Estupor neurológico (que aparece en encefalitis, epilepsia, intoxicaciones por sustancias, etc.).
- Ver también pregunta 51 (2010).

010/N 2015-00 (#10). Si observamos en un paciente la presencia de agnosia visual y pérdida de la capacidad para visualizar imágenes, secundarias a oclusión de la arteria cerebral posterior del hemisferio dominante es probable que estemos frente a:

- 1) Síndrome de Antón.
- 2) Síndrome de Charcot-Wilbrand.
- 3) Síndrome de Gertsman.
- 4) Síndrome asterognóstico.

RC 2. Se han descrito 3 síndromes agnósticos clásicos: a) síndrome de Charcot-Wilbrand (agnosia visual y pérdida de

la capacidad para visualizar imágenes, secundarias a oclusión de la arteria cerebral posterior del hemisferio dominante) (opción 2 correcta); b) síndrome de Anton (en el que el paciente niega su ceguera y confabula visualmente afirmando ver objetos en el campo ciego) y c) síndrome de Gertsman (acalculia, agnosia digital, desorientación derecha-izquierda y agrafía, que suelen asociarse a lesión local del hemisferio cerebral dominante en el área de la circunvolución angular).

011/C 2002-00 (#133). ¿Cuál es el término utilizado para designar el grado más intenso de distraibilidad y la ausencia completa de atención?:

- 1) Perplejidad atencional.
- 2) Indiferencia atencional.
- 3) Hiperprosexia.
- 4) Ausencia mental.
- 5) Aproxexia.

RC 5.

Alteraciones atencionales	
1.	Aproxesias (reducción máxima de la capacidad atencional).
2.	Hipoaproxesias <ol style="list-style-type: none"> a) Distraibilidad (cambios bruscos e inestabilidad acusada). b) Labilidad atenciva emocional (inconstancia y oscilación en rendimiento). c) Inhibición de la atención o inatención (incapacidad para movilizar la atención). d) Negligencia (inatención, acinesia y negligencia hemiespacial). e) Fatigabilidad de la atención (fácil agotamiento de la atención, secundario a factores de daño cerebral). f) Apatía (dificultad para mantener la atención sobre ciertos estímulos). g) Perplejidad de la atención.
3.	Pseudoaproxesias .
4.	Paraproxesias.
5.	Hiperprosexias.

012/C 2009-00 (#34). Un cambio particular en la consciencia del sí mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal, se refiere a:

- 1) La despersonalización.
- 2) El trastorno esquizoafectivo.
- 3) El trastorno obsesivo-compulsivo.
- 4) Jamais vu.
- 5) Síndrome de Korsakoff.

RC 1. La despersonalización (opción 1 correcta) designa un cambio particular en la consciencia del sí mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal, como si uno fuera observador externo de su propio cuerpo o de sus procesos mentales. Se suele acompañar de desrealización, término usado por Mapother para denotar un cambio similar en la consciencia del mundo externo. Es decir, el paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de sí mismo o del entorno. En ambos casos, la persona sigue siendo consciente de estas contradicciones entre su experiencia subjetiva y la realidad objetiva, pero es "como si" no fueran reales ("permanece intacto el sentido de realidad"). La CIE-10 incluye en esta categoría tanto experiencias de desrealización como de despersonalización, pero el DSM-IV confina el diagnóstico exclusivamente a experiencias de despersonalización. Ambas clasificaciones enfatizan la despersonalización como un síntoma que ocurre en el

trastorno por angustia, en la depresión, en la esquizofrenia, y en cualquiera de estas condiciones se ha de considerar como un fenómeno secundario. Como síntoma es bastante frecuente que aparezca en: TAG, en las fobias, la depresión, la esquizofrenia, etc. Sin embargo, hay ocasiones en que la despersonalización parece ser la experiencia primaria y los otros síntomas son los secundarios, y en consecuencia éste deberá ser el diagnóstico principal (al menos según estas clasificaciones psiquiátricas).

013/C 2009-00 (#51). ¿Cómo se denomina a la actitud de permanecer ajeno o distante del entorno, con ausencia de las funciones de relación, paralización absoluta del cuerpo y mutismo?:

- 1) Catalepsia.
- 2) Estupor.
- 3) Ausencia mental.
- 4) Inhibición psicomotora.
- 5) Negativismo.

RC 2. El estupor (opción 2 correcta) es un trastorno de la conciencia y de la psicomotricidad caracterizado por una suspensión extrema de los movimientos voluntarios y de la mímica (llegando incluso a la flexibilidad cérea), ausencia de respuesta o respuesta muy reducida a los estímulos ambientales, incluso los dolorosos, y tras el cual en algunas ocasiones, el paciente puede proporcionar información bastante detallada de lo ocurrido durante la alteración de la conciencia.

014/C 2009-00 (#66). Una mujer que asiste a un concierto sinfónico sigue auditivamente el tono de un clarinete, a pesar de que es sólo una mínima parte de la riqueza sonora de la orquesta. Este fenómeno atencional se denomina:

- 1) Ausencia mental.
- 2) Hiperatención.
- 3) Hiperprosexia.
- 4) Afinaren.
- 5) Indiferencia.

RC 4. Según Reed (1988) "afinar en" hace referencia a un fenómeno relacionado con la atención selectiva, que no es en absoluto patológico. Se trataría de la capacidad para seguir una fuente de información cuando hay otras muchas que compiten por atraer la atención. Por lo tanto se trata de un fenómeno total y directamente relacionado con la atención selectiva que en el fondo revela las dos caras de una misma moneda: la selección y la exclusión. Es decir, la atención es una espada de dos filos. Por un lado nos proporciona una característica deseable al permitirnos seguir un conjunto de acontecimientos que son de interés entre otros muchos que ocurren simultáneamente, aun cuando se mezclan todos entre sí. En el enunciado de la pregunta podemos observar como una mujer sigue el tono del clari-

nete (selección), a pesar de ser solo una parte de la riqueza sonora de la orquesta (exclusión del violín, trompeta, y demás sonidos). Por lo tanto, esta experiencia se puede denominar "afinar en" (opción 4).

015/C 2015-00 (#160). A una forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares, se le denomina:

- 1) Caragnosia.
- 2) Paragnosia.
- 3) Anosagnosia.
- 4) Prosopagnosia.

RC 4. Las principales alteraciones de la conciencia son (Vallejo Ruiloba, 2002):

<p>A. ALTERACIONES CUANTITATIVAS: (nivel de conciencia)</p> <p>1. Trastornos deficitarios de la conciencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letargia, somnolencia o sopor 2. Obnubilación 3. Estupor 4. Coma <p>2. Trastornos productivos de la conciencia</p> <p>2.1. Alteraciones globales (el onirismo está presente en los 3 de menor a mayor intensidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - estadio asténico-apático - estadio confusional (transición entre a y c) - delirium <p>2.2. Alteraciones circunscritas (poco frecuentes)</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Despersonalización y desrealización b) Alteraciones de la conciencia corporal (alteraciones unilaterales) <ol style="list-style-type: none"> I. anosognosia: (lesión parietal) <ol style="list-style-type: none"> a) autopagnosia <p>Tres síndromes agnósicos clásicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. síndrome de Charcot-Wilbrand 2. síndrome de Anton 3. Síndrome de Gertsman II. asterognosia (lesión en el cuerpo caloso) II. prosopagnosia (lesión bilateral occipito-temporo-medial) III. miembro fantasma <p>3. Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - estados crepusculares (epilepsias y trastornos histéricos) - disociación hipnótica - personalidad doble o múltiple o identidad múltiple <p>4. Alteraciones positivas de la conciencia</p> <p>Hipervigilia</p>

Hay que recordar que la clasificación de las agnosias en general es un tema discutido en la literatura. En distintos

manuales aparecen recogidas en distintos temas: trastornos de la conciencia, de la memoria, de la percepción, etc. pues en realidad afectan a distintos procesos. Cuando alguien padece una agnosia no es capaz de reconocer un objeto que se le presenta (por ejemplo un lápiz) cuando se le presenta mediante la vía sensorial afectada, pero sí cuando se le presenta por otra vía. Un paciente con una agnosia visual puede ser incapaz de reconocer las tijeras cuando estas son presentadas visualmente (¡¡aunque las esté viendo!!), pero sí cuando las toca. En términos de Tulving, la memoria semántica no está alterada, ya que el sujeto "posee" la etiqueta para nombrar el objeto. El problema radica en la incapacidad para recuperar dicha etiqueta cuando la codificación se inicia desde la modalidad sensorial afectada. En las agnosias no existe alteración sensorial periférica. De hecho, puede reconocer perfectamente cada una de las partes del objeto, pero ser incapaz de integrarlas en un todo susceptible de recibir de recibir un nombre. Existen distintos tipos de agnosias dependiendo de la modalidad sensorial afectada: visuales, auditivas, táctiles, corporales y motoras. La prosopagnosia es una forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares (opción 4 correcta). Se han descrito casos clínicos donde las dificultades de los pacientes pueden afectar a otros estímulos distintos a los rostros (marcas de coches, tipos de animales (Lezak, 1983).

016/C 2011-00 (#37). Un estado crepuscular se caracteriza por:

- 1) Un estrechamiento del campo de la conciencia, con disminución de respuestas a los estímulos externos y atención enfocada hacia vivencias internas.
- 2) Un estrechamiento del campo de la conciencia, con aumento de respuestas a los estímulos externos y disminución de la atención hacia vivencias internas.
- 3) Percepción de ilusiones y alucinaciones.
- 4) Presencia de fiebre, deshidratación, fatiga, taquicardia y oliguria.
- 5) Presencia de imágenes eidéticas.

RC 1. Los estados crepusculares son el prototipo de los trastornos por estrechamiento de la conciencia. Los trastornos por estrechamiento del nivel de la conciencia se caracterizan por la ruptura de la continuidad del flujo normal de ideas, pensamiento, percepciones, etc., que cursa con una conducta aparentemente normal. Así, se supone una disociación entre los elementos cognitivo-perceptivos y los comportamentales, apareciendo la conducta como automática. En estos procesos aparece un descenso del nivel de alerta o atención, desorientación temporo-espacial (acompañada o no de falsa orientación), conducta automática, amnesia tras el episodio, ausencia de delirium y reactividad sensorial parcialmente conservada. En el estado crepuscular por ejemplo, este estrechamiento de la conciencia se refleja en una disminución de la atención al entorno,

permaneciendo ésta conservada y especialmente dirigida a las vivencias internas del sujeto (opción 1 correcta). En los estados crepusculares el paciente suele aparecer confuso, perseverativo, lento y con expresión de perplejidad. La alteración de la conciencia es heterogénea, apareciendo distintas áreas de la conciencia bajo distintos niveles de funcionamiento consciente. Según Vallejo Nágera, la conciencia no se halla obnubilada, pero la comprensión del mundo externo es parcial y falseada. A menudo, a pesar de que el paciente parezca coordinado con el medio, se encuentra desorientado (está centrado en procesos o vivencias internas). Los estados crepusculares suelen comenzar y ceder bruscamente, y cursar con amnesia del episodio. La duración suele ser de varias horas o días, y la intensidad puede ser variable, desde formas leves que pueden no ser percibidas por el sujeto o sus allegados hasta formas muy graves, con gran automatización e impulsividad en conducta e importante desorientación.

017/C 2013-00 (#165). ¿Cuál de las siguientes alteraciones se encuentra dentro de las alteraciones de la conciencia corporal?:

- 1) Estado crepuscular.
- 2) Estadio asténico-apático.
- 3) Disociación hipnótica.
- 4) Astereognosia.
- 5) Automatismo.

RC 4. Las alteraciones de la conciencia se traducen en determinados comportamientos verbales y motores incluyendo la atención, conducta motora, reactividad emocional y la presencia o ausencia de elementos delirantes y/o alucinaciones principalmente. La conducta de un paciente es extremadamente variable y puede oscilar desde la agitación al estupor o coma. Desde el punto de vista clásico se diferencian los trastornos de la conciencia en dos grupos:

- a) Cuantitativos o de nivel.
- b) Cualitativos.

En Vallejo Ruiloba (2002) los trastornos cuantitativos se organizan de acuerdo al siguiente esquema:

- | |
|--|
| <p>1 ALTERACIONES CUANTITATIVAS: (nivel de conciencia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos deficitarios de la conciencia <ol style="list-style-type: none"> 1. Letargia, somnolencia o sopor 2. Obnubilación 3. Estupor 4. Coma 2. Trastornos productivos de la conciencia <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Alteraciones globales (el onirismo está presente en los 3 de menor a mayor intensidad) <ol style="list-style-type: none"> 1. estadio asténico-apático 2. estadio confusional (transición entre a y c) 3. delirium 2.2. Alteraciones circunscritas (poco frecuentes) <ol style="list-style-type: none"> a) Despersonalización y desrealización b) Alteraciones de la conciencia corporal (alteraciones unilaterales) <ol style="list-style-type: none"> I. anosognosia : (lesión parietal) <ol style="list-style-type: none"> a. autopagnosia |
|--|
- Tres síndromes agnósicos clásicos:
1. síndrome de Charcot-Wilbrand
 2. síndrome de Anton
 3. Síndrome de Gertsman
- II. astereognosia (lesión en el cuerpo calloso)
- III. prosopagnosia (lesión bilateral occipito-temporo-medial)
- IV. miembro fantasma
3. Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia
 - estados crepusculares (epilepsias y trastornos histéricos)
 - disociación hipnótica
 - personalidad doble o múltiple o identidad múltiple
 4. Alteraciones positivas de la conciencia
 - Hipervigilia

Teniendo en cuenta esto, la única alteración de la conciencia corporal es la astereognosia (incapacidad para reconocer objetos a través del tacto) (opción 4 correcta). Hay que recordar que la clasificación de las agnosias en general es un tema discutido en la literatura. En distintos manuales aparecen recogidas en distintos temas: trastornos de la conciencia, de la memoria, de la percepción, etc. pues en realidad afectan a distintos procesos.

018/C 2013-00 (#166). La “visión en túnel” es un fenómeno que la psicología cognitiva atribuye al papel que cumple la atención como:

- 1) Selección.
- 2) Activación.
- 3) Concentración.
- 4) Vigilancia.
- 5) Expectativa.

RC 2.

PSICOPATOLOGÍA COGNITIVA DE LA ATENCIÓN (funciones)	
ATENCIÓN como...	FENÓMENOS ASOCIADOS
Concentración	Ausencia mental
	Laguna temporal
Selección	"Afinar en"
Activación	"Visión en túnel"
Vigilancia	"Hipervigilancia"
Expectativas/Set/ Anticipación	Efecto de entrecruzamiento
(Basado en Belloch, et al., 2009)	

El estudio de la atención como activación (opción 2 correcta) se relaciona con la focalización de la atención y su grado o intensidad, y su psicopatología recoge fundamentalmente los cambios en la atención relacionados con el estrés. El estrés se traduce tanto en cambios fisiológicos como en alteraciones de los procesos cognitivos, entre ellos la restricción del foco de atención y la focalización de los recursos atencionales sobre la amenaza que se percibe. Así, en situaciones de estrés importante que implican una emergencia grave o una amenaza importante, la capacidad atencional queda gravemente reducida, lo que se traduce en un deterioro de la conducta, que se hace poco adaptativa; además, el estrechamiento de la atención es selectivo, centrándose toda la atención en la amenaza percibida y originándose el fenómeno de 'visión en túnel'.

019/C 2016-00 (#66). La 'laguna temporal' se caracteriza porque:

- 1) Es una alteración patológica de la memoria típica en los pacientes con Síndrome de Korsakoff.
- 2) Es una alteración que ocurre independientemente del nivel de habilidad del sujeto en la tarea que está realizando.
- 3) No se presenta desorientación persistente espacio-temporal.
- 4) El sujeto registra los sucesos que funcionan como marcadores de tiempo, pero posteriormente no los puede recuperar.

RC 3. Desde los modelos cognitivos dedicados a la investigación psicológica de la atención, Reed (1988) divide los trastornos atencionales en función del aspecto de la atención con el que más se relacionan.

PSICOPATOLOGÍA COGNITIVA DE LA ATENCIÓN (funciones)	
ATENCIÓN como...	FENÓMENOS ASOCIADOS
Concentración	Ausencia mental
	Laguna temporal
Selección	"Afinar en"
Activación	"Visión en túnel"
Vigilancia	"Hipervigilancia"
Expectativas/Set/ Anticipación	Efecto de entrecruzamiento
(Basado en Belloch, et al., 2009)	

Dentro de las alteraciones de la atención como concentración hay dos que han sido frecuentemente objeto de examen: ausencia mental y laguna temporal. La laguna temporal se produce cuando un sujeto 'no recuerda' una secuencia de conducta que necesariamente ha tenido lugar. A diferencia de la amnesia, en este caso lo que ocurre es que durante el tiempo que el sujeto ha empleado en realizar una conducta habitual, no han tenido lugar acontecimientos salientes que pueda utilizar como marcadores internos o externos de tiempo. Este fenómeno se relaciona con la cuestión del procesamiento automático y controlado, y consiste en una laguna en la capacidad de alerta o de alta atención consciente. Este tipo de experiencia suele ser descrita por quien la padece como un «espacio en blanco» en la consciencia temporal. Sin embargo, aunque el sujeto nos diga que «no recuerda», no es un problema de amnesia, estrictamente hablando. A diferencia de la amnesia, aquí no se presenta desorientación persistente espacio-temporal, ni tampoco se presentan otras características típicas de la amnesia (opción 3 correcta). En cierto modo se podría decir que el sujeto no recuerda porque en realidad no ha ocurrido nada que se deba recordar. En este sentido, aunque la experiencia se describe en términos de tiempo (o distancia) sería mejor considerarla en términos de ausencia de acontecimientos (Reed, 1988).

020/C 2003-00 (#108). ¿Cómo se denomina a "la experiencia que implica una gran concentración sobre alguna cuestión concreta y que lleva a desatender al resto de los estímulos, dejando fuera gran cantidad de información externa"?:

- 1) Laguna temporal.
- 2) Hipervigilancia.
- 3) Amnesia.
- 4) Disprosexia.
- 5) Ausencia mental.

RC 5. La ausencia mental (opción 5) alude a un tipo de experiencia en la que el sujeto está tan preocupado en sus propios pensamientos que deja fuera gran cantidad de información externa que le es habitualmente accesible, y por tanto, no responde al feedback respecto a los cambios en su rutina; es decir, sus acciones son mecánicas y no ajusta los detalles de su conducta habitual sobre la marcha de acuerdo con las demandas ambientales, aunque sí que es capaz de atender correctamente a cualquier actividad externa relacionada con los pensamientos a los que está atento. En este sentido se puede considerar un fenómeno de umbral: el nivel de atención es bajo para aquellos estímulos que le resultan distractores (todos aquellos que no se relacionan con sus pensamientos); es decir, la disminución del nivel atencional está inversamente relacionada con el grado de preocupación por sus pensamientos. Sin embargo, se supone que ante un incremento súbito de los estímulos se elimina la ausencia.

021/C 2011-00 (#213). Las alucinaciones son:

- 1) Percepciones de algo inexistente, que adquieren para el que las experimenta las mismas cualidades que la percepción real.
- 2) Fenómenos perceptivos en una modalidad sensorial que están determinados por estímulos que inciden sobre un sentido diferente al que está alterado.
- 3) Imágenes eidéticas.
- 4) Percepciones erróneas de los estímulos externos, resultado de la atribución de un significado incorrecto a estímulos reales.
- 5) Pareidolias.

RC 1. Hay una distinción básica entre distorsiones perceptivas o sensoriales vs engaños. Mientras que en los primeros el sujeto percibe de modo transformado un estímulo realmente existente, en los engaños la experiencia perceptiva no se fundamenta en estímulos realmente existentes. Dentro del grupo de los engaños perceptivos se engloban las alucinaciones y las pseudopercepciones (ver tabla):

Engaños perceptivos	
1. Engaños perceptivos	
1.1. Alucinaciones	
1.1.1. Variantes de la experiencia alucinatoria	
i. Pseudoalucinaciones.	
ii. Alucinaciones funcionales.	
iii. Alucinación refleja.	
iv. Alucinación negativa.	
v. Autoscopia o fenómeno del doble.	
vi. Alucinaciones extracampinas.	
1.2. Pseudopercepciones o imágenes anómalas	
1.2.1.	Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas.
1.2.2.	Imágenes alucinoides.
1.2.3.	Imágenes némicas.
1.2.4.	Imágenes consecutivas.
1.2.5.	Imágenes parásitas.

Desde una perspectiva cognitiva, Slade y Bentall (1988) ha propuesto una conceptualización comprensiva de las alucinaciones, que ellos mismos han calificado como una “definición de trabajo”. Según los autores, un alucinación se puede definir como una experiencia similar a una percepción que: a) ocurre en ausencia de un estímulo apropiado; b) tiene toda la fuerza y el impacto de la percepción real, y; c) no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta. Teniendo en cuenta estas características, la opción que mejor describe las alucinaciones es la número 1 (percepción de algo inexistente con las mismas cualidades que la percepción real).

022/C 2003-00 (#104). ¿Cómo se denomina la alteración en la cual “el sujeto da significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado”?:

- 1) Pseudoalucinación.

- 2) Pareidolia.
- 3) Atribución errónea.
- 4) Distorsión perceptiva.
- 5) Idea sobrevalorada.

RC 2. La ilusión puede conceptualizarse como una distorsión perceptiva en la medida que se defina como una percepción equivocada de un objeto concreto. Esto equivale a admitir que las ilusiones son perceptos que no se corresponden con las características físicas objetivas de un estímulo concreto. Las ilusiones son el resultado de la tendencia de las personas a organizar en un todo significativo elementos más o menos aislados entre sí o con respecto a un fondo. Dos tipos de ilusiones estudiadas con frecuencia y objeto del examen son la pareidolia y el sentido de presencia. En la pareidolia el individuo proporciona una organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado (por ejemplo, siluetas que vemos dibujadas en las nubes del cielo). Las pareidolias no son en absoluto patológicas en sí mismas.

023/C 2004-00 (#222). Una dismegalopsia es:

- 1) Una forma leve de alucinación (alucinosis).
- 2) Una pseudopercepción o imagen anómala.
- 3) Una anomalía de la integración perceptiva.
- 4) Una distorsión perceptiva.
- 5) Una modalidad de ilusión.

RC 4. Hay una distinción básica entre distorsiones perceptivas o sensoriales vs. engaños. Mientras que en los primeros el sujeto percibe de modo transformado un estímulo realmente existente, en los engaños la experiencia perceptiva no se fundamenta en estímulos realmente existentes. La Dismegalopsia es una distorsión perceptiva en el tamaño de los objetos. En la siguiente tabla podemos ver cuáles son las principales distorsiones perceptivas:

Principales distorsiones perceptivas	
1. Distorsiones perceptivas o sensoriales.	
1.1. En la intensidad de los EE:	
—Hiperestesias, por exceso.	
—Hipoestesias, por defecto.	
—Anestesias, ausencia absoluta de intensidad estimular.	
1.2. En la cualidad de los EE (visiones coloreadas, etc.).	
1.3. Metamorfopsias: en el tamaño y en la forma:	
—Dismegalopsias (tamaño).	
—Macropsias o megalopsias.	
—Micropsias.	
—Autometamorfopsias (si se refieren al propio cuerpo).	
—Dismorfopsias (forma).	
1.4. En la integración perceptiva (incapacidad para relacionar 2 o más percepciones procedentes de distintas modalidades sensoriales):	
—Escisión perceptiva (el objeto percibido se desintegra en elementos).	
—Morfolisis (entre formas).	
—Metacromía (entre forma y color).	
—Aglutinación (distintas cualidades sensoriales se funden en una única percepción).	
—Sinestesia.	
1.5. Ilusiones: en la estructuración de EE ambiguos:	
—Pareidolia (proporcionar significado a un EE ambiguo).	
—Sentido de presencia.	