



PONTÍFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Facultad “Teresa de Ávila”

Departamento de humanidades

Trabajo Final para acceder a la Licenciatura en Psicología

*“Optimización del diagnóstico psicológico a partir de
estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en
estudiantes de psicología”*

Alumna: Candela Arias Bisang

Director: Dr. Guillermo Macbeth

Codirectora: Dra. María del Carmen Crivello

Paraná, octubre de 2023

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS.....	4
LISTA DE TABLAS.....	5
RESUMEN	6
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Pregunta de investigación	10
1.3. Justificación de la investigación	10
1.4. Objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos.	11
1.5. Hipótesis de investigación	11
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	13
2.1. Estado del arte.....	14
2.2. Marco Teórico.....	18
2.2.1. Decision making o toma de decisiones	18
2.2.2. Debiasing o eliminación de sesgos.....	20
2.2.3. Estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento.....	20
2.2.4. Error diagnóstico	21
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	23
3.1. Tipo de investigación.....	24
3.2. Muestra	24
3.3. Técnicas de recolección de datos	27
3.4. Procedimientos de recolección de datos	29
3.5. Procedimientos de análisis de datos.....	29
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	31
4.1. Diseño de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento para la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología	32
4.2. Efectividad de la estrategia cognitiva en la optimización del diagnóstico psicológico	35

4.3. Aplicaciones prácticas de los hallazgos	38
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y	
LIMITACIONES.....	40
5.1. Discusión	41
5.2. Conclusión	45
5.3. Recomendaciones	47
5.4. Limitaciones.....	49
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
CAPÍTULO VII: ANEXOS	58
7.1. Cuestionario de consulta a psicólogos para selección de viñetas clínicas	59
7.2. Consentimiento Informado para recolección de datos.....	70
7.3. Cuestionario sociodemográfico	71
7.4. Instrumento de recolección de datos.....	71
7.4.1. Grupo control.....	71
7.4.2. Grupo experimental	76
7.5 Salidas estadísticas.....	84

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1. Distribución de la muestra según la edad.	25
Ilustración 2. Distribución de la muestra según el género.....	26
Ilustración 3. Distribución de la muestra según el avance en la carrera.....	26
Ilustración 4. Estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento.	34
Ilustración 5. Precisión en el diagnóstico de la muestra.....	35
Ilustración 6. Precisión en el diagnóstico según el año de cursado.....	36
Ilustración 7. Precisión en el diagnóstico según el grupo.....	37

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Validación de viñetas clínicas según acuerdo interjueces.....	28
Tabla 2. Precisión en el diagnóstico según el grupo.....	36
Tabla 3. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.....	37
Tabla 4. Prueba de homogeneidad de varianzas.....	38
Tabla 5. Prueba U de Mann-Whitney para comparar la precisión en el diagnóstico general según el grupo.....	38

RESUMEN

El diagnóstico psicológico implica clasificar un cuadro clínico en un trastorno específico mediante la evaluación sistemática de factores psicológicos, biológicos y sociales de un individuo. Esto es crucial en la práctica clínica y su precisión es esencial para el tratamiento adecuado del paciente. Tradicionalmente, los errores en este proceso han sido atribuidos principalmente a sesgos cognitivos del razonamiento clínico. El objetivo de este estudio fue analizar si es posible la optimización del diagnóstico psicológico a partir de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en estudiantes de psicología.

Se realizó una investigación de tipo experimental cuantitativo, de corte transversal y de campo. El experimento contó con la participación de 60 estudiantes de psicología avanzados, 49 mujeres (81,67%) y 11 varones (18,33%), con edades comprendidas entre 21 y 43 años. Se evaluó su precisión diagnóstica mediante la resolución de 6 viñetas clínicas, donde debieron seleccionar el diagnóstico adecuado en un formato de elección múltiple. La variable independiente fue la aplicación de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento diseñada específicamente para este estudio. La manipulación se efectuó durante la administración y a través de la consigna. El grupo experimental recibió instrucciones adicionales para reorganizar la información relevante del caso, identificando indicadores positivos y negativos de los diagnósticos probables antes de realizar su elección. La administración fue realizada de manera presencial y grupal en una institución universitaria.

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se efectuó una comparación de muestras independientes a partir de la prueba u de Mann-Whitney. Los resultados sugirieron que las estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento no constituyen un recurso adecuado para la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología. Se observó que la aplicación de la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento disminuyó significativamente la precisión en el diagnóstico psicológico de los participantes del grupo experimental ($U = 288.5$, $p = .16$, $d = .385$).

Se concluye que las estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento parecen tener un efecto negativo en la precisión del diagnóstico psicológico de los

estudiantes de psicología y no constituyen un recurso efectivo para su implementación en la formación académica o la práctica clínica. Estos hallazgos son coherentes con la teoría de la carga cognitiva, que señala las limitaciones de la memoria de trabajo frente a tareas complejas, y respaldan el modelo de racionalidad ecológica, que propone el empleo de heurísticas como un enfoque adecuado para la toma de decisiones rápida y precisa.

Se han identificado limitaciones importantes en este estudio. El tamaño reducido de la muestra limita la generalización de los hallazgos, y el enfoque exclusivo en estudiantes universitarios supone que la extrapolación a entornos clínicos con profesionales psicólogos podría no ser adecuada. Por otro lado, la selección de participantes de una sola institución universitaria podría introducir sesgos relacionados con sus características particulares. Además, el instrumento de recolección de datos desarrollado específicamente para este estudio plantea preguntas sobre su validez en contextos clínicos reales. La variación de las condiciones experimentales también podría haber afectado al desempeño de los participantes.

La discrepancia entre las expectativas y los resultados plantea interrogantes fundamentales acerca del proceso de diagnóstico psicológico y la naturaleza de los errores clínicos. La evidencia cuestiona la noción de que los errores en el razonamiento clínico derivan principalmente de la intuición y se corrigen mediante un análisis minucioso de la información. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de explorar enfoques alternativos para mejorar el desempeño tanto de los psicólogos clínicos como de los estudiantes. Se recomienda en futuras investigaciones avanzar en el estudio sistemático de estrategias que involucren enfoques analíticos e intuitivos, evaluando su efectividad y adecuación en diferentes contextos. Asimismo, se destaca la importancia de perfeccionar las prácticas psicológicas y de implementar una formación basada en la evidencia de estos avances en el campo de la psicología clínica, donde la toma de decisiones diagnósticas tiene un impacto significativo en el bienestar del paciente.

Palabras clave: *Diagnóstico psicológico, Error diagnóstico, Toma de decisiones, Reducción de sesgo, Estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento.*

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El diagnóstico es un proceso inferencial que consiste en encasillar un cuadro clínico dentro de una entidad nosológica (Herrera Galiano y Serra Valdés, 2011). El diagnóstico psicológico, en particular, es entendido como el proceso de determinar qué elementos satisfacen los criterios para un trastorno psicológico específico, a partir de la evaluación sistemática de factores psicológicos, biológicos y sociales en un individuo (Barlow y Durand, 2002).

Un fallo en este proceso lleva a errores diagnósticos, que pueden deberse tanto a la omisión como al establecimiento de un diagnóstico erróneo (Croskerry, 2015). En Argentina se estima que el error diagnóstico es superior al 25%, siendo origen de gran parte de los errores clínicos, que constituyen, en su conjunto, una de las principales causas de muerte del país (Cernadas, 2015). La importancia de la comprensión de este fenómeno y el desarrollo de técnicas para minimizarlo radica en la potencial prevención del tratamiento inadecuado y el resguardo de la seguridad del paciente.

El interés por la optimización de la práctica clínica y, especialmente, del proceso diagnóstico, ha llevado en las últimas décadas al desarrollo de un programa de investigación destinado a esclarecer el modo en que los profesionales realizan juicios clínicos. A estos fines, la *teoría del razonamiento dual* de Kahneman y Tversky (1973) y su *mapeo de racionalidad limitada* (Kahneman, 2003) han aportado un modelo para la comprensión de los errores que cometen médicos y psicólogos en su ejercicio profesional. Se considera, desde este paradigma, que los sesgos cognitivos pueden impregnar los procesos de toma de decisiones afectando negativamente la precisión de los juicios clínicos.

La consideración de la vulnerabilidad del razonamiento clínico a estas fallas cognitivas supone la necesidad de desarrollar estrategias que optimicen el desempeño de profesionales y estudiantes. Con este propósito, Croskerry (2003) ha diseñado y demostrado la eficacia de técnicas cognitivas de eliminación de sesgo aplicables a la práctica clínica. Entre ellas, las estrategias centradas en la reorganización del conocimiento obtuvieron resultados significativamente beneficiosos en el área de la medicina (Mamede et al., 2010; Norman et al., 2017; Taro Shimizu y Yasuharu, 2013).

Sin embargo, se requiere de evidencia empírica que demuestre su eficacia particularmente en el ámbito de la clínica psicológica.

1.2. Pregunta de investigación

¿En qué medida y de qué manera se puede optimizar el diagnóstico psicológico mediante la implementación de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en estudiantes de psicología?

1.3. Justificación de la investigación

El desempeño riguroso en el diagnóstico y toma de decisiones de los profesionales de la salud es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. En este sentido, resulta esencial el desarrollo de estrategias que permitan optimizar el desempeño de los profesionales desde su formación académica.

Si bien se han llevado a cabo numerosos estudios sobre este tema en el campo de la Medicina (Bowes et al., 2020), se requiere de una mayor investigación en el ámbito de la Psicología que permita mejorar la formación de los estudiantes y, en última instancia, optimizar la atención brindada a los pacientes.

La literatura sugiere que muchos de los errores que cometen los profesionales pueden atribuirse a los límites del razonamiento humano (Croskerry, 2015). Sin embargo, se ha demostrado que es posible desarrollar técnicas que los ayuden a tomar decisiones más acertadas.

La presente investigación pretende aportar evidencia empírica sobre los efectos de estas técnicas para la optimización de la evaluación psicológica, lo que puede tener implicaciones importantes para el posterior desarrollo de intervenciones más rigurosas que garanticen la seguridad y el bienestar de los usuarios de salud mental, a través de una atención óptima.

Si se demuestra que la aplicación de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento es eficaz para mejorar el desempeño diagnóstico en los estudiantes de psicología, su incorporación en la formación académica permitiría una elaboración más

precisa de diagnósticos y un tratamiento efectivo que maximice las posibilidades de recuperación de los pacientes y evite riesgos para su salud.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general.

Analizar si es posible la optimización del diagnóstico psicológico a partir de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en estudiantes de psicología.

1.4.2. Objetivos específicos.

1. Diseñar una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento para la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología.

2. Evaluar la efectividad de la estrategia cognitiva diseñada en la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología.

3. Proponer aplicaciones prácticas de los hallazgos obtenidos.

1.5. Hipótesis de investigación

Se propone la hipótesis de que la implementación de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento mejorará significativamente el desempeño en el diagnóstico psicológico de los estudiantes de psicología.

Según la misma, se pronostica que los estudiantes de psicología que reciban la aplicación de la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento tendrán un mejor rendimiento en el diagnóstico psicológico que aquellos que no la reciban.

Esta hipótesis surge del supuesto de que parte de los errores en el diagnóstico se originan en la utilización inadecuada de heurísticos que predisponen a sesgos cognitivos (Croskerry, 2003). Si esta teoría basada en el modelo de racionalidad limitada de Kahneman y Tversky (1973) se muestra operativa, entonces la aplicación de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento tendientes a la reducción de sesgos llevará a una mayor precisión en el diagnóstico y a su consecuente optimización. Tales hallazgos

serían congruentes con los estudios experimentales realizados en el campo de la Medicina (Jenkins y Youngstrom, 2016; Mamede et al., 2010; Taro y Shimizu, 2013).

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Estado del arte

El programa de investigación de heurísticas y sesgos desarrollado por Kahneman y Tversky (1973), ha contribuido a la comprensión de cómo las personas emiten juicios y toman decisiones en múltiples dominios, generando aportes en disciplinas como la economía (Ahearne et al., 2004; Andronikidi y Kallinterakis, 2010; Kahneman, 2003; Zaidi y Tauni, 2012), la política (Ditto et al., 2018; Honeycutt y Jussim, 2020) y la medicina (Mamede et al., 2010; Norman et al., 2014; Sherbino et al., 2012; Taro Shimizu y Yasuharu, 2013).

En consideración de estas formulaciones, la investigación sobre el error clínico se ha basado en dos supuestos probables (Norman et al., 2017):

- Si los errores son una consecuencia de los sesgos cognitivos, entonces: (a) no habría relación entre el conocimiento y los errores, (b) las tareas aceleradas y las distracciones producirían más errores, y (c) los errores se corregirían aprendiendo a reconocer un sesgo cognitivo e invocando estrategias analíticas.

- Por el contrario, si el error puede explicarse por déficits de conocimiento, entonces: (a) la experiencia y conocimiento supondrían menos errores, (b) las tareas aceleradas tendrían un efecto mínimo en la precisión, y (c) los errores se corregirían aplicando conocimientos específicos.

Los estudios de razonamiento clínico han estado dirigidos a probar tales formulaciones. No obstante, la evidencia empírica disponible sobre el papel de los sesgos en el error diagnóstico es aún limitada (Minué-Lorenzo et al., 2020).

Mamede y sus colaboradores (2010), llevaron a cabo un estudio experimental en un centro médico de Brasil con el fin de obtener evidencia empírica sobre los mecanismos cognitivos asociados a los sesgos y la efectividad de las estrategias educativas para contrarrestarlos. Participaron en él 36 residentes de medicina. La tarea estaba constituida por tres fases: (1) evaluar los diagnósticos de seis casos clínicos, (2) diagnosticar ocho casos, de los cuales la mitad presentaba características similares a los evaluados con anterioridad, y (3) diagnosticar estos últimos nuevamente, a partir del razonamiento reflexivo. Los resultados hallados fueron consistentes con la presentación de un sesgo de disponibilidad en el diagnóstico. Los participantes obtuvieron puntuaciones más bajas en aquellos casos que presentaban similitudes con los abordados previamente en comparación con los demás. No obstante, la posterior reflexión mejoró su desempeño.

En el área de la salud mental, Walfish y sus colaboradores (2012), investigaron el sesgo de sobreconfianza en 129 profesionales entre los que se encontraban psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Se les solicitó a los participantes, que compararan sus propias habilidades clínicas con otros en su profesión y que indicaran el porcentaje de pacientes que consideraban que habían mejorado, permanecido igual y empeorado como resultado de sus intervenciones. En promedio, los profesionales se situaron en el percentil 80. Incluso un 25% de los participantes se ubicaban a sí mismos por encima del percentil 90. En promedio, consideraban que el 77% de sus pacientes mejoró como resultado de su terapia. Estos resultados, sugirieron la presentación de un sesgo de sobreconfianza en los profesionales al considerar sus propias prácticas.

Particularmente en el ámbito de la Psicología Clínica, Woodward y sus colegas (2009), estudiaron los efectos del sesgo de anclaje sobre el diagnóstico en un grupo de 119 psicólogos de Nueva York. Se les solicitó a los participantes que proporcionaran un diagnóstico primario y diagnósticos diferenciales para una viñeta que incluía criterios tanto para el trastorno límite de personalidad (TLP) como para el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se conformaron cuatro grupos en los que se modificaron ciertas características de la viñeta: se describía a un paciente masculino o femenino, y el historial de abuso sexual infantil se presentaba primero o último en la redacción del caso. Se encontró que los psicólogos cognitivo-conductuales tenían más probabilidades de diagnosticar TEPT que TLP, mientras que los psicólogos psicodinámicos diagnosticaron con mayor frecuencia TLP antes que TEPT. También se obtuvo evidencia congruente con un efecto de anclaje en relación con la información que se presentaba de manera inicial.

Por su parte, Waddington y Morley (2000), investigaron las influencias sobre el diagnóstico de dos posibles fuentes de sesgo de disponibilidad: la orientación teórica de los profesionales y una sugerencia en una carta de recomendación efectuada por otro profesional. El estudio se realizó en la ciudad de Leeds, Reino Unido y participaron 44 psicólogos clínicos y 20 en formación. Los participantes debían describir las áreas de mayor interés y sus hipótesis iniciales en un caso, a partir de una carta de referencia ficticia. La carta describía a un adulto con dificultades de apego y TEPT. Se esperaba que los psicólogos con orientación teórica hacia el apego tuvieran un recuerdo selectivo de la información asociada a él, descuidando marcos alternativos relativos al TEPT. Los resultados señalaron que la orientación teórica hacia el apego parecía influir en la disponibilidad de las ideas asociadas a este concepto, pero no predecían el sesgo en el

sentido de un recuerdo selectivo al realizar el diagnóstico. La prueba se mostró inadecuada para elaborar conclusiones sobre los materiales clínicos como fuente potencial de sesgo de disponibilidad debido a un efecto techo. Este efecto, se produce cuando no es posible determinar los efectos de una variable independiente sobre la variable dependiente, debido a que las puntuaciones de esta última se aproximan al máximo posible (Cramer y Howitt, 2005).

En el marco del estudio de la toma de decisiones, se ha desarrollado una línea de investigación destinada a su optimización a partir de la utilización de técnicas de prevención, reducción y remoción de los sesgos cognitivos.

Taro Shimizu y Yasuharu (2013), evaluaron si el diagnóstico analítico mejoraba el rendimiento diagnóstico de los médicos en comparación con el diagnóstico intuitivo. Se tomaron como técnicas para el diagnóstico analítico, la verificación de diagnóstico diferencial y la verificación general de sesgos. Se convocó a 188 estudiantes de medicina de Soka, Japón, conformando dos grupos a los cuales se les asignaron cinco casos. A ambos grupos se le solicitó que señalaran los tres diagnósticos más probables inmediatamente después de leer las viñetas clínicas, realizando un diagnóstico intuitivo. Luego, se le asignó al primer grupo la tarea de realizar un nuevo diagnóstico a partir de la lectura de una lista de verificación de sesgo general, mientras que el segundo, debía hacerlo a partir de una lista de verificación de diagnóstico diferencial. Los resultados obtenidos señalaron que, en los casos considerados difíciles, el uso de diagnóstico diferencial mejoró el rendimiento, y que el diagnóstico intuitivo fue más efectivo para los casos fáciles. La lista de verificación de sesgo no supuso ninguna mejoría en comparación con los otros dos métodos.

Por su parte, Jenkins y Youngstrom (2016), investigaron la eficacia de una intervención de eliminación de sesgo en la evaluación del trastorno bipolar pediátrico a partir del uso de viñetas clínicas. El estudio se llevó a cabo en Estados Unidos con la participación de 137 profesionales de salud mental. El grupo control obtuvo una breve descripción de un caso de trastorno bipolar pediátrico, mientras que al grupo de tratamiento se le añadió a la misma una intervención en que se educó a los participantes sobre las trampas cognitivas comunes y posibles estrategias correctivas. Los resultados arrojaron que el grupo experimental mostró una mejor precisión en el diagnóstico y que cometieron significativamente menos errores en la toma de decisiones que el grupo control.

En Argentina, Macbeth y Cortada de Kohan (2008), se propusieron estudiar la disolución de los sesgos de calibración de subconfianza y sobreconfianza en tareas de conocimiento general a partir de la utilización de dos estrategias de eliminación de sesgo. Las mismas fueron: (a) una estrategia metodológica, propuesta por modelos que argumentan que las distorsiones de calibración son artefactos más que fenómenos del pensamiento humano, y que consistía en un entrenamiento específico en la tarea, y (b) una estrategia cognitiva, tendiente a un índice de corrección general aplicable a las predicciones intuitivas. La muestra estuvo conformada por 159 estudiantes universitarios. Se demostró que el entrenamiento en calibración (estrategia cognitiva), obtuvo mejores resultados en el rendimiento que el entrenamiento en la tarea experimental.

La revisión de la literatura señala que aún no se ha esclarecido la medida en que los sesgos cognitivos contribuyen al error diagnóstico, a pesar de que se ha logrado inducirlos experimentalmente. Los estudios sobre los efectos de técnicas de optimización arrojaron buenos resultados en aquellas estrategias centradas en la reorganización del conocimiento en médicos (Norman et al., 2017). Se requiere de una mayor indagación sobre sus efectos en el ámbito de la clínica psicológica.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. *Decision making* o toma de decisiones

El estudio en *decision making* se ha desarrollado en tres grandes líneas de investigación: el análisis de las decisiones que deben enfrentar las personas, la descripción de sus respuestas naturales y las intervenciones destinadas a ayudarlos a mejorarlas (Fischhof y Broomell, 2020). En esta área, uno de los modelos propuestos ha sido la teoría del procesamiento dual de Kahneman y Tversky (1974). Estos autores, tomaron los términos originalmente acuñados por Stanovich y West (2000) de Sistema 1 y Sistema 2, para explicar el pensamiento como una interacción entre dos tipos de procesos cognitivos: el procesamiento tipo I, asociado a decisiones automáticas y rápidas, y el procesamiento tipo II, que se relaciona con decisiones deliberativas y respuestas analíticas. Según este modelo, la división de trabajo entre ambos sistemas tiene como función minimizar el esfuerzo y optimizar la ejecución. Sin embargo, ocasionalmente puede llevar a errores sistemáticos (Kahneman, 2003). En consecuencia, muchas de las decisiones que toman las personas se basan en suposiciones relativas a la probabilidad de eventos inciertos originadas a partir de un cierto número de principios heurísticos.

El funcionamiento del Sistema 1 se caracteriza por la utilización de reglas heurísticas, entendidas como atajos mentales. Los heurísticos reducen tareas complejas como la estimación de probabilidad en juicios simples. Su empleo puede ser útil en ciertas situaciones. Pero, también, predispone a fallas cognitivas que tienen su origen en diferentes sesgos. Se entiende por sesgo cognitivo, a un error sistemático de la información disponible que influye en la manera de procesar los pensamientos, emitir juicios y tomar decisiones, especialmente frente a situaciones de incertidumbre (Kahneman y Tversky, 1974).

Sin embargo, el efecto del uso de heurísticos en la toma de decisiones aún es objeto de debate. Autores como Gigerenzer (2015), Klein (2009) y Norman (2013), han considerado a los heurísticos como una estrategia adecuada para la decisión, al permitir una mayor eficiencia y rapidez que un procedimiento analítico. Esto, llevó al desarrollo de un nuevo campo de investigación que pretendió analizar las discrepancias entre la eficacia de la utilización del Sistema 1 y el Sistema 2 frente a diferentes tareas (Norman

et al., 2014; Norman et al., 2017; Sherbino et al., 2012; Taro Shimizu y Yasuharu, 2013). Muchos de estos resultados han sido contradictorios, por lo que aún no se cuenta con evidencia concluyente sobre dichas formulaciones.

Particularmente en la práctica clínica, se han estudiado los efectos de los sesgos cognitivos de disponibilidad (Mamede et al, 2010; Waddington y Morley, 2000) y de anclaje (Woodward et al., 2009) considerándolos una fuente potencial de error en el diagnóstico.

Kahneman y Tversky (1973), plantean la *disponibilidad* como la heurística puesta en juego en aquellas situaciones en las que se estima la frecuencia de una categoría o la probabilidad de un evento, simplemente, por la facilidad con la que los ejemplos vienen a la mente. Esta sustitución, se traduce en un sesgo de disponibilidad que provoca errores sistemáticos tanto en juicios como en decisiones.

El sistema 1, representa categorías como ejemplos prototípicos, induciendo a las personas a considerar que una clase o un evento cuyos ejemplos son más fáciles de recordar, son más frecuentes de lo que realmente son. Esta accesibilidad, puede estar dada por diferentes factores como la familiaridad de una categoría, lo reciente de un evento o el impacto afectivo que tuvo un acontecimiento en la vida de una persona (Kahneman, 2011).

En la clínica, se considera que la disponibilidad puede estar facilitada por factores como la experiencia del profesional (Croskerry, 2013; Mamede et al, 2010), su formación teórica o las recomendaciones de otros profesionales sobre un caso determinado (Waddington y Morley, 2000).

Por otro lado, el sesgo de anclaje es entendido como la influencia desproporcionada que ejerce la primera información presentada sobre la realización de un juicio (Kahneman y Tversky, 1973). En Psicología Clínica, se ha demostrado que el orden de presentación de la información sobre un caso afecta significativamente al diagnóstico dado (Woodward et al., 2009).

2.2.2. *Debiasing* o eliminación de sesgos

La línea de investigación en *debiasing*, está destinada al desarrollo de técnicas que posibiliten la prevención, reducción, y remoción de los sesgos cognitivos que afectan a los juicios y a la toma de decisiones. Kahneman (2011), afirma que los juicios intuitivos que surgen de la heurística deben ser sometidos a la lógica de la probabilidad para considerarse útiles. Por lo tanto, las estrategias de *debiasing* se proponen corregir aquellas predicciones intuitivas que se encuentran sesgadas.

En el ámbito clínico, se ha demostrado que las fallas cognitivas pueden abordarse mediante estrategias educativas que tiendan a la adopción de un pensamiento crítico que permita anular el procesamiento intuitivo cuando este no es funcional (Croskerry, 2015).

Croskerry (2003) ha diseñado diferentes estrategias cognitivas de eliminación de sesgo con el objetivo de reducir el error diagnóstico. Entre ellas se incluye: considerar alternativas a partir del diagnóstico diferencial, desarrollar la perspicacia mediante el reconocimiento de los sesgos cognitivos, la metacognición como un enfoque reflexivo del problema, y minimizar las presiones de tiempo.

Hasta el momento, las investigaciones sugieren que las estrategias dirigidas al reconocimiento de sesgos, ralentizar el proceso y ser cuidadoso, se muestran ineficaces para la reducción de los errores e incluso pueden aumentarlos (Ilgen et al., 2013; Sherbino et al., 2012). Por otro lado, las estrategias centradas en la reorganización del conocimiento que incluyen la metacognición y la consideración de alternativas obtuvieron buenos resultados (Mamede et al., 2010; Taro Shimizu y Yasuharu, 2013), si bien el nivel de conocimiento de los participantes y la dificultad del caso afecta a su impacto (Norman et al., 2017).

2.2.3. Estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento

El concepto de *estrategia cognitiva* tiene dos acepciones:

Por un lado, se lo ha utilizado para referirse a aquellos procesos mentales que permiten el procesamiento de la información de manera eficiente y efectiva (Anderson, 1995). En este sentido, las estrategias cognitivas posibilitan almacenar, recuperar y utilizar información del entorno de modo que pueda utilizarse para resolver problemas,

tomar decisiones, aprender y recordar información (Flavell, 1979). Entre las diferentes estrategias cognitivas, las de reorganización del conocimiento están particularmente enfocadas en la reestructuración de la información, organizándola y clasificándola para facilitar su comprensión y procesamiento.

La otra acepción, refiere a la comprensión de las *estrategias cognitivas* como aquellas técnicas que tienden al reforzamiento y optimización de los procesos mentales anteriormente desarrollados.

Entre ellas, la reorganización del conocimiento es una técnica de aprendizaje que ayuda a construir una estructura coherente de información. Esto, puede aplicarse a la resolución de problemas, reorganizando la información disponible para que se ajuste a una estructura conocida, de modo que se pueda encontrar una solución más rápida y efectiva (Pressley y Ghatala, 1990). Anderson (1995), sostiene que el conocimiento y aplicación de estas técnicas es sumamente útil para estudiantes, profesores y profesionales en diferentes campos.

A partir de estos aportes, se han desarrollado estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento dirigidas a optimizar el desempeño de los profesionales mediante la modificación de la manera en que conceptualizan un problema a la hora de tomar una decisión (Larrick, 2004).

Schmidt y Mamede (2022), diseñaron un enfoque destinado a la recuperación y reorganización de información relevante para el diagnóstico que consiste en identificar evidencia que sea inconsistente con el diagnóstico inicial. Por lo tanto, el diagnosticador busca deliberadamente información que falsifica su hipótesis diagnóstica o que está ausente en el paciente en particular, lo que conduce a la consideración de diagnósticos alternativos, y la búsqueda de hallazgos que encajen o no con estas nuevas hipótesis hasta alcanzar una solución satisfactoria.

2.2.4. Error diagnóstico

Se entiende por diagnóstico a un proceso inferencial que consiste en etiquetar un cuadro clínico dentro de una entidad nosológica con el fin de definir qué es lo que afecta a un paciente (Herrera Galiano y Serra Valdés, 2011). El error diagnóstico es un fallo en

este proceso, que puede implicar ignorar un diagnóstico, establecer un diagnóstico de manera errónea o retrasar su identificación (Croskerry, 2015).

El proceso diagnóstico es un elemento fundamental en el quehacer clínico. Si bien se reconoce que la comprensión y abordaje de cada caso debe ir más allá del etiquetado de los problemas (Echeburúa et al., 2014), el diagnóstico será la base para la formulación de un plan de tratamiento efectivo y un pronóstico pertinente (APA, 2014). En consecuencia, el error en el diagnóstico llevará a decisiones inadecuadas que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Se ha considerado que los errores en el diagnóstico se asocian fundamentalmente a fallas cognitivas más que a una falta de conocimiento (Croskerry, 2015). Esto, supuso un interés por comprender el razonamiento clínico, cuyo funcionamiento limitado sería un factor predisponente a errores.

El razonamiento clínico, ha sido definido como un proceso complejo que implica identificar y seleccionar datos relevantes para desarrollar hipótesis y realizar un plan que permita su confirmación o refutación (Richards et al., 2020). Este razonamiento clínico, es puesto en juego en la definición del diagnóstico, la toma de decisiones en el tratamiento y la elaboración del pronóstico del caso. Por lo tanto, muchas de las estrategias desarrolladas para reducir los riesgos de la clínica, han estado dirigidas al esclarecimiento y ajuste del razonamiento clínico, como un modo de prevención de posibles daños al paciente.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación se propuso probar la hipótesis formulada mediante un enfoque cuantitativo. Según la profundidad de los objetivos, se clasifica como un estudio de nivel explicativo, debido a que pretende establecer relaciones de causa y efecto.

De acuerdo al tipo de control ejercido sobre las variables de estudio, se implementó un diseño experimental. Esto implicó la manipulación intencional de una variable con la finalidad de evaluar las respuestas de grupos completamente aleatorizados, a las diferentes circunstancias a las que fueron expuestos.

La variable independiente fue la implementación de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento, cuyo diseño se detalla en las próximas secciones. Su manipulación se efectuó mediante la consigna experimental. La variable dependiente fue la precisión en el diagnóstico psicológico.

Según la fuente de información, se trata de una investigación de campo, ya que los datos fueron recopilados de primera mano a través de un cuestionario.

El recorte temporal de este estudio fue de tipo transversal. Los datos fueron recabados en un momento determinado y en una única instancia.

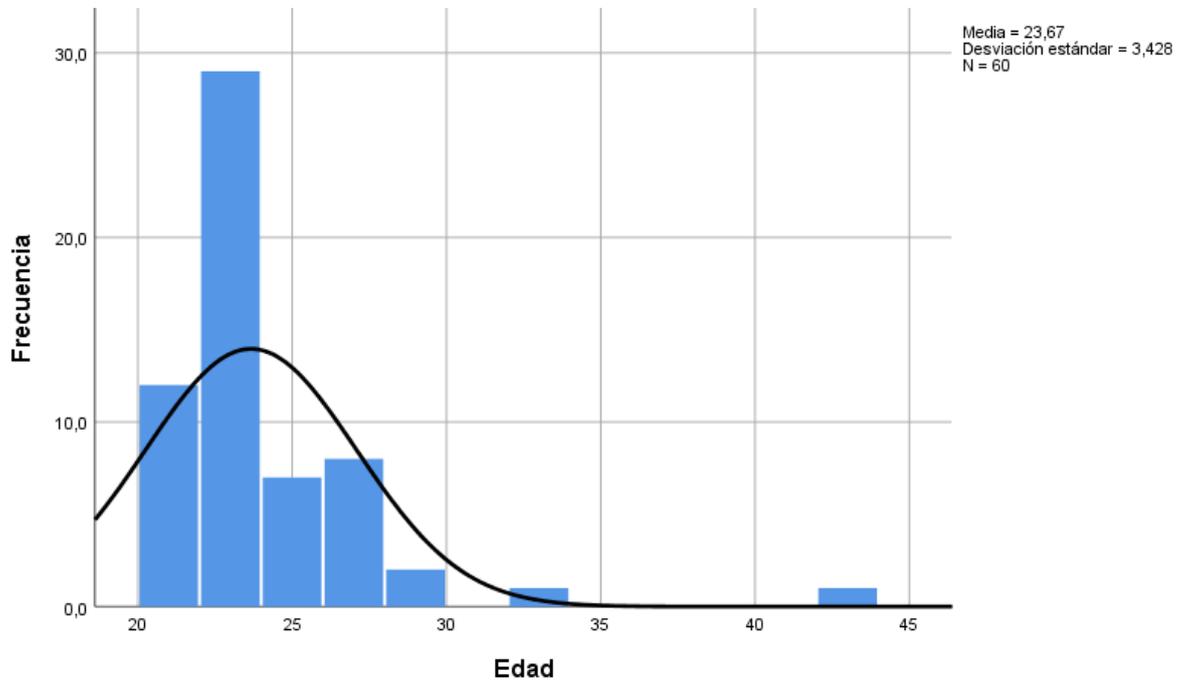
3.2. Muestra

Se utilizó un método de muestreo de tipo no probabilístico e intencional, con el objetivo de obtener una muestra homogénea de estudiantes avanzados de psicología para evaluar la hipótesis planteada.

Se reclutaron a 60 personas, cuya participación fue libre y bajo consentimiento informado. Se consideró como criterio de inclusión que estuvieran realizando los últimos dos años de la carrera en Psicología o fueran tesistas. Se excluyeron aquellos casos en los que aún no habían regularizado las cátedras de Psicopatología I y Psicopatología II, por considerar que no contaban con la instrucción necesaria para llevar a cabo la actividad de diagnóstico.

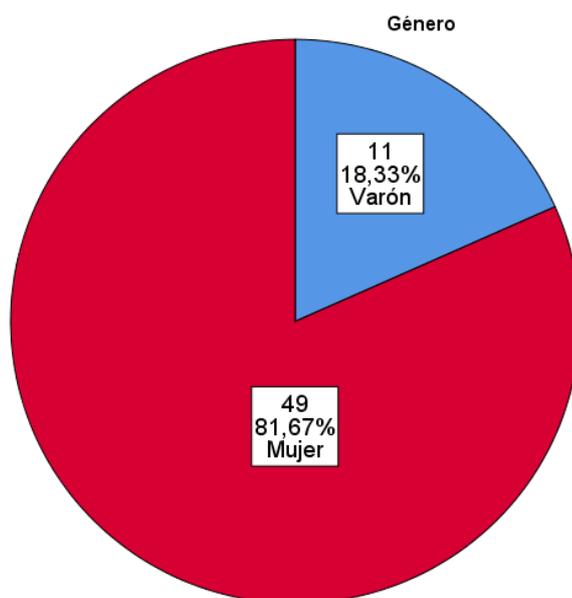
La muestra estuvo constituida por estudiantes de ambos géneros, cuyas edades oscilaron entre 21 y 43 años, con un promedio de 23.67 años ($SD = 3.43$) (Ver Gráfico 1).

Ilustración 1. Distribución de la muestra según la edad.



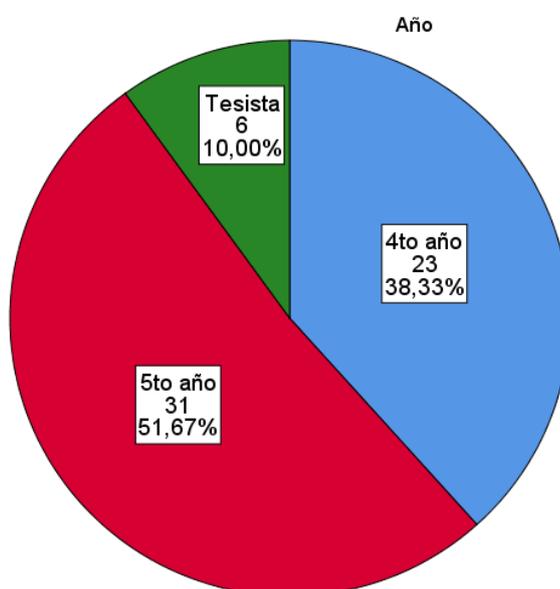
Como se observa en el Gráfico 2, la distribución según el género fue del 81,67% ($n = 49$) mujeres y del 18,33% ($n = 11$) varones.

Ilustración 2. Distribución de la muestra según el género.



Teniendo en cuenta el avance en la carrera, el 38,33% ($n = 23$) estaban cursando el cuarto año de la licenciatura, el 51,67% ($n = 31$) se encontraba en quinto año y el 10% ($n = 6$) era tesista (Ver Gráfico 3).

Ilustración 3. Distribución de la muestra según el avance en la carrera.



La muestra total se dividió de manera homogénea, asignando al 50% de los participantes ($n = 30$) al grupo experimental y al 50% restante ($n = 30$), al grupo control.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se implementó un diseño experimental totalmente aleatorizado, garantizando que todos los participantes tuvieran la misma probabilidad de ser asignados al grupo control o al grupo experimental.

Se diseñaron dos cuestionarios diferentes, uno para cada grupo. Ambos incluían una ficha de datos sociodemográficos que recopiló información sobre la edad, el género y el año de estudio de los participantes.

Para medir la precisión en el diagnóstico, el cuestionario incluyó una actividad que consistía en evaluar seis viñetas clínicas seleccionando el diagnóstico adecuado a partir de un formato de opciones múltiples. Las viñetas utilizadas fueron extraídas y adaptadas del manual de Casos Clínicos del DSM 5 (Barnhill, 2015). Cada una de estas viñetas describía brevemente el motivo de consulta de un paciente, junto con su historia clínica y sus signos y síntomas actuales. Los casos estaban basados en pacientes reales con un diagnóstico confirmado, el cual sirvió de referencia para puntuar la precisión diagnóstica de los participantes.

Las viñetas incluidas en el cuestionario fueron seleccionadas previamente mediante una evaluación interjueces que pretendió garantizar su calidad y pertinencia en el contexto de esta investigación. En este proceso, participaron 11 psicólogos expertos, quienes emitieron su opinión sobre 10 viñetas clínicas preseleccionadas. Cada viñeta les fue presentada junto a su diagnóstico. En ellas, los expertos evaluaron tres aspectos clave: (1) la exactitud del diagnóstico proporcionado, (2) la suficiencia y claridad de la información para realizar un diagnóstico preciso y (3) la relevancia de la viñeta para el estudio del proceso diagnóstico. Tales evaluaciones se registraron utilizando una escala Likert de 5 grados de conformidad que iba desde *Totalmente en desacuerdo* (1) hasta *Totalmente de acuerdo* (5).

Para determinar si el acuerdo entre jueces fue significativo, se empleó el método *AD-Index* (Burke, Finkelstein y Dusing, 1999). Se consideró que una viñeta era válida cuando cumplía con el criterio de acuerdo significativo en cada uno de los tres aspectos mencionados anteriormente (consultar Tabla 1).

Tabla 1. Validación de viñetas clínicas según acuerdo interjueces.

N° Viñeta	Aspectos evaluados			Viñeta válida
	(1) ¿El diagnóstico es correcto?	(2) ¿Brinda información suficiente y clara?	(3) ¿Es adecuada para este estudio?	
1	Sig.	Sig.	Sig.	Si
2	-	-	-	No
3	Sig.	-	Sig.	No
4	Sig.	Sig.	Sig.	Si
5	Sig.	Sig.	Sig.	Si
6	Sig.	Sig.	Sig.	Si
7	Sig.	Sig.	Sig.	Si
8	Sig.	Sig.	Sig.	Si
9	Sig.	Sig.	Sig.	Si
10	Sig.	Sig.	Sig.	Si

Sig: hubo acuerdo estadísticamente significativo entre expertos según el método AD index (Burke y Dunlap, 2002).

A partir de este proceso, se obtuvieron ocho viñetas válidas, de las cuales se seleccionaron las seis mejor valoradas por los expertos para su inclusión en el experimento principal.

El protocolo de ambos grupos incluyó estas seis viñetas clínicas y cinco diagnósticos posibles para cada caso. Los participantes debían seleccionar el diagnóstico adecuado entre las opciones según la información proporcionada. Adicionalmente, el grupo experimental, recibió la intervención experimental: se le indicó señalar las características del caso que se ajustaban o no a cada uno de los diagnósticos presentados.

De acuerdo con la hipótesis de trabajo, se esperaba que la aplicación de la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento mejorara significativamente el desempeño en el diagnóstico psicológico de los estudiantes de psicología que la hayan recibido. Se planteó que el grupo experimental tendría menos errores y lograría un mayor número de diagnósticos acertados que el grupo control.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó presencialmente en la institución universitaria. Previa autorización de las autoridades, se recorrieron las aulas reclutando a los alumnos que cumplieran con los criterios previamente establecidos. La administración fue llevada a cabo de forma grupal, empleando lápiz y papel y en una única sesión de aproximadamente 40 minutos.

La recolección de datos fue realizada durante los meses de julio y agosto del 2023. Para la administración, primeramente, se anunció que formarían parte de un estudio realizado para obtener el título de Licenciatura en Psicología cuyo objetivo era estudiar el proceso de diagnóstico psicológico en los estudiantes de psicología. Además, se informó la libre participación y la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los participantes debieron firmar el consentimiento informado y completar los datos demográficos solicitados en el cuestionario: edad, género y año de cursado.

Seguidamente, se anunciaron verbalmente las consignas del cuestionario, asegurando la plena comprensión de los participantes. A lo largo de todo el proceso, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes. Se aseguró la participación voluntaria y el anonimato de cada participante y se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos.

3.5. Procedimientos de análisis de datos

Para analizar los datos recopilados, se emplearon métodos estadísticos utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 23.

En una primera etapa, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables del estudio. Para calcular la precisión en el diagnóstico, se puntuó cada opción del cuestionario con el siguiente criterio:

Para las opciones de diagnóstico correctas:

- Se otorgó una puntuación de +1 si la opción fue seleccionada.
- Se asignó una puntuación de +0 si la opción no fue seleccionada.

Para las opciones incorrectas:

- Se asignó una puntuación de +1 si la opción no fue seleccionada.
- Se otorgó una puntuación de +0 si la opción fue seleccionada.

Estos puntajes individuales de cada viñeta se sumaron para obtener un puntaje total, que luego fue transformado a porcentaje para facilitar su comprensión. Una vez calculada la variable de *precisión en el diagnóstico psicológico*, se obtuvieron estadísticas descriptivas de la población total, incluyendo la media, mediana, valor máximo, valor mínimo y desvío estándar.

Para poner a prueba la hipótesis de investigación, se llevó a cabo una comparación entre el grupo control y el grupo experimental. En cada uno de estos subgrupos, se realizó un análisis descriptivo de la variable *precisión en el diagnóstico psicológico*, obteniendo media, mediana, frecuencias y rangos. Estos datos se representaron en un gráfico *box-plot*.

Para determinar la compatibilidad de la muestra a la prueba *t* de Student, se verificó la normalidad utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se comprobó la igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Dado que no se cumplieron los supuestos necesarios para aplicar la prueba *t* de Student, se procedió a comparar la precisión en el diagnóstico entre el grupo control y el grupo experimental mediante una prueba no paramétrica, utilizando el estadístico *u* de Mann-Whitney. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto a partir de la *d* de Cohen.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

El propósito de este estudio consistió en evaluar la viabilidad de aumentar la precisión en el diagnóstico psicológico mediante la aplicación de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en estudiantes de psicología.

Para lograr este objetivo, se siguió un enfoque metodológico que constó de distintas fases. En primer lugar, se diseñó una estrategia cognitiva con la intención de que favoreciera un procesamiento más analítico de la información de los casos clínicos. Esta estrategia fue implementada en el experimento, con la expectativa de que este enfoque redujera la presencia de sesgos cognitivos y contribuyera a mejorar la precisión en los diagnósticos efectuados por los estudiantes.

Posteriormente, se procedió a evaluar la efectividad de esta estrategia mediante el análisis de la precisión en el diagnóstico psicológico. Para ello se establecieron comparaciones entre los resultados obtenidos en el grupo de estudiantes que recibió la estrategia y aquellos asignados al grupo control.

Por último, se exploraron las posibles aplicaciones prácticas derivadas de los hallazgos de esta investigación y se expuso su relevancia para el ámbito clínico y académico.

4.1. Diseño de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento para la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología

El diseño y elección de la intervención específica utilizada en este estudio se basó en la necesidad de optimizar el diagnóstico psicológico abordando posibles sesgos especialmente asociados a un razonamiento intuitivo. Se fundamentó en investigaciones previas efectuadas en el ámbito de la medicina que resaltaron la influencia de heurísticos que predisponían a sesgos cognitivos en la consideración de información relativa a un caso clínico. La premisa subyacente sostenía que la implementación de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento podría fomentar el procesamiento de tipo II y, por ende, mejorar la precisión del diagnóstico psicológico. Se consideraron, especialmente, los aportes de Croskerry (2003), cuyos hallazgos señalan el potencial de las estrategias cognitivas para eliminar sesgos y reducir el error diagnóstico.

En este contexto, se diseñó cuidadosamente una estrategia cognitiva que se centró en la reorganización de la información relevante para el diagnóstico facilitando su

procesamiento y posterior clasificación. El objetivo era instar a los participantes a considerar alternativas y buscar deliberadamente información que respaldara o refutara diferentes diagnósticos como hipótesis probables antes de llegar a una conclusión.

La actividad consistió en presentar cinco diagnósticos alternativos para un paciente. En cada uno de ellos, se les pidió que clasificaran los signos y síntomas del caso como indicadores positivos o negativos de cada diagnóstico probable. Luego de este análisis, debían seleccionar el diagnóstico que consideraban adecuado (ver Ilustración 4).

Ilustración 4. Estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento.

Por favor, lea con atención las viñetas clínicas que se presentan a continuación. Cada una de ellas, describe la historia clínica de un paciente y sus signos y síntomas.

Luego, señale las características del caso que se ajusten o no a cada uno de los diagnósticos presentados (signos, síntomas, etc.).

Por último, elija entre las opciones el diagnóstico que considere adecuado según los datos aportados. Tenga en cuenta posibles comorbilidades, por lo que PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN PARA CADA VIÑETA.

Oscar es un empresario de 51 años que acude a consulta diciendo que es incapaz de viajar en avión. Su única hija acababa de dar a luz y, aunque deseaba con todas sus fuerzas conocer a su primera nieta, se sentía incapaz de tomar un vuelo.

El miedo a volar había comenzado 3 años antes, cuando viajaba en un avión que tuvo que aterrizar en mediodía una ventisca. Llevaba sin volar 2 años, y dijo que había llorado al despegar y al aterrizar. Había ido con su esposa a un aeropuerto un año antes de la consulta, para acudir a la boda de la hija. A pesar de haber bebido una cantidad considerable de alcohol, Oscar tuvo pánico y se negó a subir al avión. Después de aquel intento fallido, tendía a presentar mucha ansiedad incluso ante la idea de volar, ansiedad que le había llevado a rechazar una promoción laboral.

Oscar refirió tristeza y remordimientos desde que había surgido esta limitación. Había aumentado su consumo de alcohol a tres vasos de vino por las noches para poder “desconectar”. Dijo que no había tenido problemas a causa del alcohol ni síntomas de abstinencia. También dijo no tener antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.

Explicó que no sentía ansiedad en ninguna otra situación, añadiendo que, en el trabajo, los compañeros lo consideraban un hombre enérgico y eficaz. Al preguntarle en concreto, dijo que, siendo niño, la idea de que pudiera atacarlo un animal salvaje lo tenía “petrificado”. Este temor le había impedido ir con la familia a acampar. De adulto, ya no le preocupaba que lo atacaran animales salvajes, pues vivía en una gran ciudad e iba de vacaciones en colectivo a otras zonas urbanas.

- Señale **muy brevemente** las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado (✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (*).

1- Trastorno de ansiedad generalizada:

✓ _____

* _____

2- Trastorno depresivo mayor:

✓ _____

* _____

3- Fobia específica:

✓ _____

* _____

4- Trastorno por consumo de sustancias:

✓ _____

* _____

5- Trastorno de estrés postraumático:

✓ _____

* _____

- Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:

1. Trastorno de ansiedad generalizada
2. Trastorno depresivo mayor
3. Fobia específica
4. Trastorno por consumo de sustancias
5. Trastorno de estrés postraumático

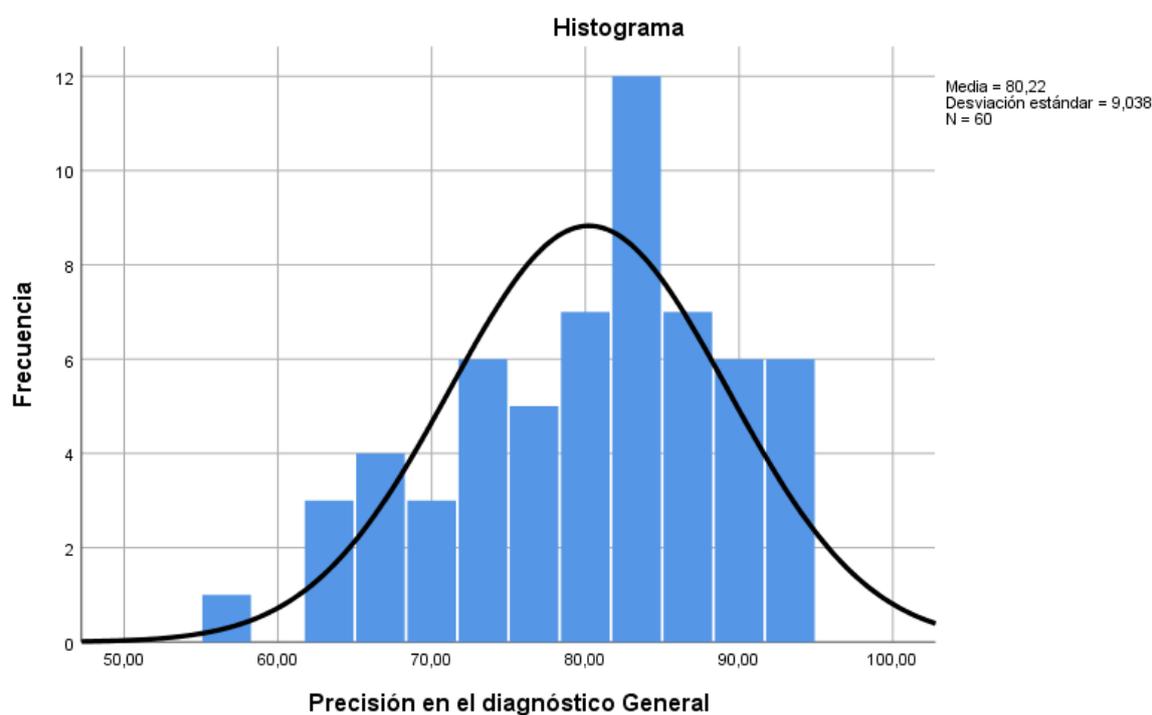
4.2. Efectividad de la estrategia cognitiva en la optimización del diagnóstico psicológico.

Se esperaba que la implementación de la estrategia diseñada mejorara significativamente el desempeño en el diagnóstico psicológico de los estudiantes. Se pronosticó que los sujetos en los que se aplicó esta estrategia tendrían un mejor rendimiento en el diagnóstico que aquellos que no la recibieran.

En primer lugar, se calculó la precisión en el diagnóstico psicológico según el desempeño de cada participante en las seis viñetas clínicas asignadas.

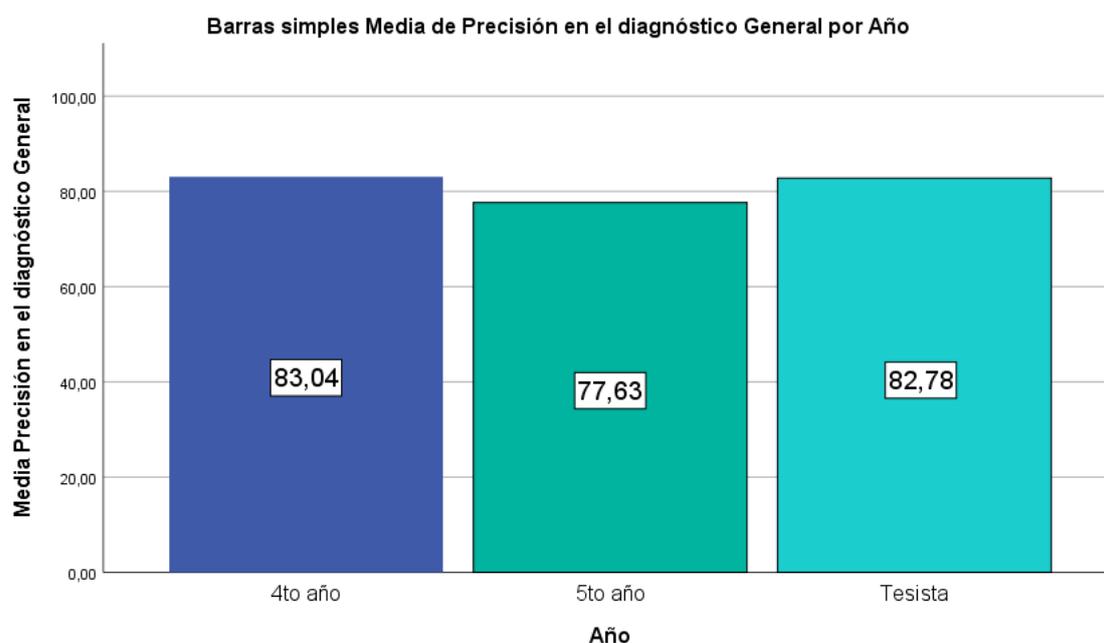
El total de participantes ($n = 60$) presentó una media de precisión en el diagnóstico de 80.2% ($SD = 9.0$). La precisión mínima obtenida fue del 56.7% y la máxima, del 93.3% (ver Ilustración 5).

Ilustración 5. Precisión en el diagnóstico de la muestra.



Según el año de cursado, los participantes que presentaron el mejor desempeño fueron los estudiantes de cuarto año con un promedio de precisión del 83.04% ($DT = 7.5$), seguidos por los tesistas ($M = 82.8\%$, $DT = 4.9$) y quinto año ($M = 77.6\%$, $DT = 10.0$) (ver Ilustración 6).

Ilustración 6. Precisión en el diagnóstico según el año de cursado.

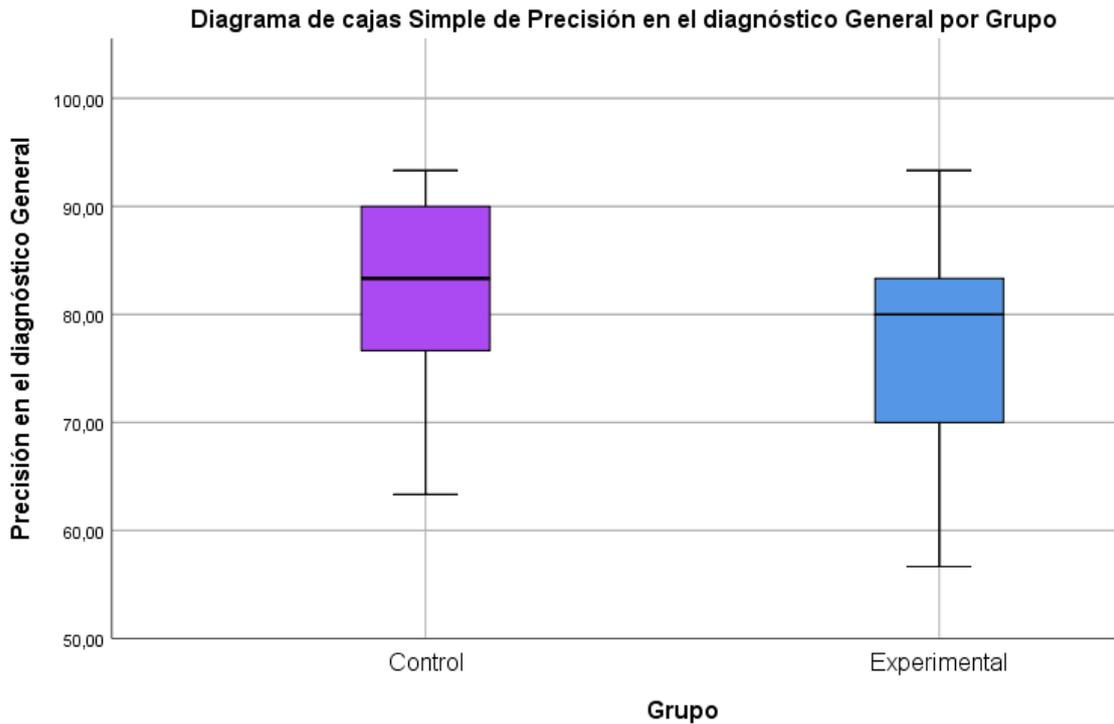


Con el fin de evaluar el impacto de la estrategia cognitiva sobre la precisión en el diagnóstico general, se comparó el desempeño de los participantes que recibieron la estrategia cognitiva y los que no. En oposición a las predicciones, el grupo que recibió la estrategia ($M = 77.3\%$, $DT = 9.3$) obtuvo una menor precisión que el grupo control ($M = 83.1\%$, $DT = 7.9$) como se muestra en la Tabla 2 y la Ilustración 7.

Tabla 2. Precisión en el diagnóstico según el grupo.

	Grupo	N	Media	Desv. Desviación
Precisión en el diagnóstico General	Control	30	83,1111	7,92365
	Experimental	30	77,3333	9,28064

Ilustración 7. Precisión en el diagnóstico según el grupo.



Para evaluar si la diferencia entre grupos fue estadísticamente significativa, se verificó, en primer lugar, la aplicabilidad del estadístico t de Student mediante pruebas de normalidad y de homogeneidad de varianzas.

Para comprobar el supuesto de normalidad, se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Mientras el grupo experimental siguió una distribución normal ($p = .100$), el grupo control no cumplió con este supuesto ($p = .016$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Grupo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Precisión en el diagnóstico General Control	,178	30	,016	,934	30	,062
Precisión en el diagnóstico General Experimental	,146	30	,100	,963	30	,363

Por otro lado, la homogeneidad de varianzas entre los grupos se evaluó mediante la prueba de Levene. La misma, no obtuvo evidencia significativa de diferencias entre ambos grupos, por lo que se asumieron varianzas homogéneas ($p = .199$) (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Prueba de homogeneidad de varianzas.

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Precisión en el diagnóstico General	Se basa en la media	1,690	1	58	,199
	Se basa en la mediana	1,209	1	58	,276
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,209	1	56,769	,276
	Se basa en la media recortada	1,708	1	58	,196

Debido al incumplimiento del supuesto de normalidad para el grupo control, se llevó a cabo una prueba no paramétrica.

Según el test u de Mann-Whitney, las diferencias entre el grupo control ($Mdn = 83.33$, Rango = 30) y el grupo experimental ($Mdn = 80.0$, Rango = 36.7) fueron estadísticamente significativas. En oposición a la hipótesis de investigación, la implementación de la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento empeoró significativamente el desempeño en el diagnóstico psicológico de los estudiantes de psicología: $U = 288.5$, $p = .16$ (Ver Tabla 5).

Para estos resultados, se calculó un tamaño del efecto moderado ($d = .385$).

Tabla 5. Prueba U de Mann-Whitney para comparar la precisión en el diagnóstico general según el grupo.

Precisión en el diagnóstico General	
U de Mann-Whitney	288,500
W de Wilcoxon	753,500
Z	-2,406
Sig. asintótica(bilateral)	,016

4.3. Aplicaciones prácticas de los hallazgos

Rechazada la hipótesis de investigación, se concluye que la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento diseñada en este estudio no resulta adecuada para la optimización del diagnóstico psicológico; de hecho, parece empeorar el desempeño. Por lo tanto, no se considera una estrategia viable para su inclusión en la formación de estudiantes de psicología ni para su aplicación en el ámbito clínico.

Estos resultados tienen implicaciones significativas tanto en la educación académica como en la práctica profesional de los psicólogos. En las siguientes secciones, se exploran estrategias alternativas que podrían ofrecer perspectivas más prometedoras en la búsqueda de mejorar el rendimiento de estudiantes y profesionales de la psicología en tareas de diagnóstico.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. Discusión

El propósito fundamental de este trabajo fue analizar la posibilidad de optimizar el diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología mediante el uso de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento. Para alcanzar este objetivo, se diseñó, en primer lugar, una intervención simple inspirada en los aportes de Croskerry (2003) sobre los beneficios que supone el uso de estrategias cognitivas para la reducción del error diagnóstico en médicos.

El próximo paso metodológico fue poner a prueba la efectividad de esta intervención mediante un experimento controlado que contó con la participación de 60 estudiantes de psicología avanzados. Inesperadamente, los hallazgos demostraron que la estrategia de reorganización del conocimiento no sólo no logró optimizar el diagnóstico psicológico, sino que, de hecho, disminuyó el rendimiento de los participantes.

Para proponer explicaciones sobre el fallo de la manipulación experimental, es necesario considerar que la elaboración de un diagnóstico es intrínsecamente compleja y exige el manejo preciso de una gran cantidad de información. Es posible que la ineficacia de la intervención sea atribuible a un incremento de la complejidad inherente a este proceso como consecuencia de la reflexión inducida experimentalmente. Probablemente, la tarea de ponderar deliberadamente una gran cantidad de información produjo una sobrecarga de memoria de trabajo, conduciendo a una mayor confusión.

La memoria de trabajo proporciona almacenamiento temporal y permite la manipulación de información necesaria para la realización de tareas cognitivas complejas (Baddeley, 1992). Este sistema cerebral, es capaz de manejar un número muy limitado de elementos ya que el almacenamiento y procesamiento de esta información se realiza en simultáneo. Siguiendo el modelo de racionalidad limitada de Kahneman y Tversky (1973), las tareas complejas, como la identificación de criterios diagnósticos en un caso, se asocian al procesamiento de tipo II e implican una demanda significativa en la memoria de trabajo. Por lo tanto, surge la posibilidad de que se produzcan errores como resultado del incremento de la carga en la memoria de trabajo.

Con este fundamento, la *teoría de la carga cognitiva* sostiene que los diseños instruccionales deben tener en cuenta estas limitaciones en la memoria de trabajo para mostrarse eficientes evitando una sobrecarga (Sweller, Van Merriënboer y Pass, 1998).

Según esta perspectiva, puede que la estrategia cognitiva, en lugar de promover la organización mental de la información relevante, haya llevado a considerar una cantidad excesiva de elementos desorganizados que imposibilitaron llegar a una clasificación adecuada del diagnóstico.

Nordgren y Dijksterhuis (2009) estudiaron este fenómeno en la toma de decisiones y demostraron los efectos negativos de la deliberación en la elección de preferencias. Su estudio reveló que la deliberación introducía ruido en la toma de decisiones, y, en lugar de promover un análisis crítico del objeto, fomentaba la focalización de aspectos irrelevantes mientras se omitían otros atributos más significativos. Siguiendo esta línea, puede que la intervención experimental haya favorecido a una consideración inconsistente de la información modificando la ponderación natural de las características más accesibles y relevantes del caso. Quizás, la tarea de reorganizar la información en categorías jerárquicamente iguales haya contribuido en esa confusión.

Frente al supuesto de la sobrecarga cognitiva, surge el interrogante de por qué estas estrategias han demostrado ser efectivas en otros contextos, como es el caso del diagnóstico en médicos experimentados. Según Sweller, Van Merriënboer y Pass (1998), el grado de dominio de la memoria de trabajo para manipular cierta información varía entre novatos y expertos. Así, una persona que aún no ha internalizado ciertos conocimientos en su memoria a largo plazo requerirá un mayor esfuerzo para manejar esa información, ya que aún no la domina completamente. En contraste, un experto podría analizar los mismos datos con un esfuerzo mínimo. Sobre esto, De Groot (1965) demostró que lo que distinguía a los grandes maestros de ajedrez con los jugadores ocasionales no era un mayor conocimiento de estrategias complejas, sino su capacidad de manejar una amplia variedad de problemas posibles. Bajo esta perspectiva, es probable que el fracaso de la intervención experimental pueda atribuirse, en cierta medida, a la elección de la población de estudio. Es factible que los estudiantes de psicología aún no hayan consolidado suficientemente su instrucción teórica mediante la experiencia clínica necesaria para realizar diagnósticos precisos. La falta de claridad en estos conocimientos, combinada con una intervención que requería procesar una gran cantidad de información desordenada, condujo a un rendimiento inferior.

Otro enfoque operativo a los fines de interpretar los resultados es la perspectiva de la *racionalidad ecológica*. Gigerenzer y Gaissmaier (2011) desafían la teoría de Kahneman y Tversky (1973) que sugiere que la heurística, en su intento de reducir el tiempo y el

esfuerzo, sacrifica la precisión en la toma de decisiones. En contraposición, proponen que dichos atajos representan procesos cognitivos eficientes para la toma de decisiones rápida y precisa. Sostienen que la heurística se torna ecológicamente racional en la medida en que se adapta a la estructura del entorno. Según este modelo, omitir cierta información puede producir decisiones óptimas sin necesidad de una revisión exhaustiva de la información. Este concepto se conoce como el *efecto menos-es-más* (Gigerenzer y Gaissmaier, 2011), que sugiere que es posible emitir juicios precisos al ignorar información irrelevante.

Siguiendo este paradigma, el programa de investigación de *heurísticas rápidas y frugales* ha hecho hincapié en la posibilidad de aplicar estrategias sencillas para lograr decisiones inteligentes y rápidas a partir de la reducción y jerarquización de la información a tener en cuenta. Su supuesto es que, si las personas pueden recurrir a un repertorio de heurísticas adaptado a diferentes entornos, serán capaces de tomar decisiones exitosas incluso con información limitada. Con este fundamento, Marewski y Gigerenzer (2012) diseñaron los *árboles rápidos y frugales*, una estrategia que implica la organización secuencial de la información en función de unas pocas variables.

En los árboles rápidos y frugales, la información se presenta jerárquicamente y la búsqueda de señales sigue un orden predeterminado. Si una pregunta obtiene una respuesta afirmativa, se avanza a la siguiente en la secuencia, continuando hasta que la señal conduzca a una salida. De esta manera, la decisión se toma según un número reducido de predictores, ignorando el resto de las probabilidades. Esta estrategia fue probada en el ámbito clínico y se mostró operativa para la asignación de pacientes a unidad de cuidados coronarios (Binder, Krauss, Schmidmaier y Braun, 2020) obteniendo mejores resultados que dejando la decisión totalmente en manos de los médicos. Incluso, demostró ser más efectiva que estrategias complejas basadas en modelos probabilísticos bayesianos, las cuales tendían a producir un mayor número de falsos positivos (Wegwart, Gaissmaier y Gigerenzer, 2009).

Los resultados favorables de las estrategias basadas en heurísticos, en contraposición al fracaso de la estrategia cognitiva evaluada en este estudio, sugieren que la heurística no debe ser descartada como irrelevante para mejorar el diagnóstico. La evidencia demuestra que considerar más información no garantiza necesariamente decisiones más acertadas. Además, cuestiona la noción de que los errores en el razonamiento clínico son

principalmente atribuibles al razonamiento intuitivo y se corrigen mediante el razonamiento analítico.

La discrepancia entre las expectativas y los resultados plantea interrogantes fundamentales sobre el proceso de diagnóstico psicológico, la naturaleza de los errores clínicos y la posibilidad de reducirlos mediante enfoques de intervención relativamente simples. Por otro lado, arrojan luz sobre nuevas direcciones de investigación y ámbitos de aplicación. Sugieren la necesidad de explorar estrategias alternativas que se muestren adecuadas para mejorar el desempeño de psicólogos clínicos y estudiantes. Además, destacan la importancia de un enfoque crítico y basado en evidencia en la formación y práctica de la psicología clínica, donde la toma de decisiones diagnósticas desempeña un papel crucial en el bienestar del paciente.

5.2. Conclusión

En conclusión, los hallazgos de este estudio sugieren que las estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento no constituyen un recurso adecuado para la optimización del diagnóstico psicológico en los estudiantes de psicología.

Los resultados conducen al rechazo de la hipótesis de investigación que planteaba que la implementación de una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento mejoraría significativamente el desempeño en el diagnóstico psicológico de los estudiantes de psicología. Estos hallazgos se alinean con la teoría de la carga cognitiva, que postula la vulnerabilidad de la memoria de trabajo frente a tareas complejas (Sweller, Van Merriënboer y Pass, 1998), y son compatibles con resultados previos de investigaciones que demostraron los efectos perjudiciales de la ponderación en la toma de decisiones (Nordgren y Dijksterhuis, 2009).

Para llegar a estas conclusiones, se cumplió en principio con el primer objetivo de este estudio, que consistía en diseñar una estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento para la optimización del diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología. Esto implicó revisar la literatura en busca de técnicas efectivas basadas en el procesamiento analítico de la información y la reducción de sesgos. La estrategia desarrollada se centró en reorganizar la información del caso clínico según indicadores positivos y negativos de diagnósticos probables.

En cumplimiento del segundo objetivo de la investigación, se evaluó la efectividad de la estrategia cognitiva desarrollada mediante un diseño experimental que involucró a 60 estudiantes de psicología avanzados. Los resultados indicaron que la estrategia no logró mejorar la precisión diagnóstica, ya que los participantes que la utilizaron obtuvieron una precisión significativamente inferior en comparación con aquellos que no recibieron intervención, lo que sugiere un impacto negativo en el rendimiento.

Finalmente, y de acuerdo al último objetivo, se propusieron aplicaciones prácticas de los hallazgos. Los resultados sugieren que las estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento no son un instrumento efectivo para su implementación en la práctica clínica de la psicología. Por lo tanto, no se recomienda su inclusión en la formación de estudiantes de psicología como método de mejora en el diagnóstico.

Pese al fracaso de la estrategia diseñada, este estudio logró inducir experimentalmente errores clínicos, lo que aporta a la comprensión del diagnóstico psicológico como un proceso de toma de decisiones vulnerable a errores y susceptible de optimización. La investigación proporcionó evidencia empírica sobre la efectividad de una estrategia simple destinada a mejorar el diagnóstico, lo que representa un avance en la exploración de métodos que perfeccionen la labor de los profesionales de la psicología. Estos hallazgos plantean nuevos interrogantes y sugieren direcciones prometedoras para futuras investigaciones orientadas a optimizar la psicología clínica como un campo que garantice el tratamiento de máxima calidad a los usuarios de salud mental.

5.3. Recomendaciones

La posibilidad de optimizar el diagnóstico psicológico a partir de estrategias simples es aún una cuestión por revisar. Los resultados inesperados de este estudio enfatizan la importancia de continuar evaluando las estrategias existentes destinadas a reducir el sesgo clínico y poner a prueba su aplicabilidad en distintos contextos dentro del campo de la psicología. Dado que la estrategia cognitiva de reorganización del conocimiento diseñada no demostró ser efectiva, es imperativo desarrollar enfoques alternativos que tiendan a mejorar las competencias de diagnóstico en los estudiantes de psicología.

Se recomienda enfocarse en la investigación y diseño de estrategias diferentes que puedan ser más eficaces en el proceso de diagnóstico psicológico. Para ello, es esencial avanzar en la comprensión de cómo el procesamiento heurístico y analítico interactúan en el razonamiento clínico, detectando los contextos en los que cada enfoque resulta operativo y aquellos en los que predispone a errores.

Además, se requiere una mayor evidencia sobre el papel de los sesgos cognitivos en el diagnóstico y la identificación de las estrategias óptimas para abordarlos. Se propone no descartar por completo la estrategia actual, sino explorar alternativas de diseño. Es fundamental revisar si las viñetas clínicas utilizadas fueron adecuadas para este estudio, si la consigna experimental se comprendió y aplicó correctamente, y ampliar el tamaño de la muestra.

Asimismo, se sugiere evaluar la eficacia de las estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en una población diferente e investigar cómo la experiencia clínica y el conocimiento teórico influyen en su aplicabilidad. Es posible que esta estrategia obtenga resultados beneficiosos en psicólogos experimentados. Probablemente, la internalización del conocimiento y la experiencia práctica, permitan automatizar en cierta medida la tarea de diagnóstico y, así, reducir la carga en la memoria de trabajo, evitando la sobrecarga frente a la consigna. Este escenario plantea la posibilidad de que los sesgos cognitivos desempeñen un papel más predominante en los errores diagnósticos, lo que sugiere que las estrategias cognitivas podrían ser efectivas en su optimización.

Por otro lado, se recomienda poner a prueba la utilidad de estrategias heurísticas para el diagnóstico psicológico. Puede que la utilización de árboles rápidos y frugales sean una

alternativa viable a explorar. Sería valioso realizar una investigación comparativa de diversas estrategias de optimización, incluyendo enfoques analíticos e intuitivos, evaluando su efectividad en comparación con un diagnóstico sin intervención. La posibilidad de que un procesamiento intuitivo sea beneficioso en el diagnóstico merece una exploración continua, junto con el desarrollo de estrategias que fomenten un uso adaptativo de reglas heurísticas.

Este enfoque adquiere relevancia al considerar que la ambigüedad es una constante en la práctica clínica y algunos errores se deben simplemente a que el profesional no cuenta con información suficiente para un diagnóstico preciso. La perspectiva de racionalidad ecológica puede contribuir al diseño de herramientas para que los profesionales puedan tomar decisiones rápidas y precisas en situaciones donde la información es limitada o ambigua.

El error diagnóstico es un tema crucial que demanda mayor investigación y desarrollo en el campo de la psicología. Para mejorar la formación de los estudiantes de psicología, es esencial investigar de manera sistemática estrategias de optimización del diagnóstico y considerar su integración en el plan de estudios como una competencia necesaria para brindar una atención adecuada a los futuros pacientes.

En términos generales, es necesario continuar investigando métodos óptimos para mejorar el desempeño de los profesionales. A pesar de que este estudio no alcanzó los resultados esperados, supone un avance en la discusión sobre cómo los psicólogos procesan la información en el diagnóstico y ha contribuido a la comprensión de las fuentes de error clínico y los métodos efectivos para optimizar el rendimiento. Se alienta a futuras investigaciones a profundizar en este proceso y seguir explorando sus aplicaciones clínicas con miras a perfeccionar la práctica psicológica.

5.4. Limitaciones

Es fundamental considerar las limitaciones que surgieron durante el desarrollo de este estudio al evaluar los resultados obtenidos.

Una limitación clave de esta investigación fue el tamaño relativamente pequeño de la muestra ($n = 60$), lo que puede restringir la generalización de los hallazgos a una población más amplia. Un tamaño de muestra más extenso habría proporcionado una base más sólida para las conclusiones formuladas.

Debido a que la muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios, es necesario tener en cuenta que los resultados no pueden extrapolarse para la comprensión del diagnóstico psicológico efectuado por los profesionales psicólogos en diferentes ámbitos clínicos. En futuras investigaciones, sería valioso incluir profesionales en ejercicio para evaluar cómo el mayor conocimiento teórico y la experiencia profesional pueden influir en la eficacia de la técnica aplicada en escenarios clínicos reales.

Además, la selección de los participantes se limitó a estudiantes de una única institución universitaria, lo que podría haber introducido sesgos relacionados con las características específicas de esta población, tales como el enfoque teórico particular del plan de estudios, los conocimientos adquiridos en psicopatología o las experiencias prácticas en el ámbito clínico.

Una de las limitaciones a destacar es el diseño del instrumento de recolección de datos, que se desarrolló exclusivamente para los propósitos de esta investigación. Si bien se llevó a cabo una evaluación interjueces previa para garantizar la coherencia y claridad de las viñetas clínicas utilizadas, es necesario reconocer que los resultados podrían haberse visto influenciados por la selección de las viñetas utilizadas.

Además, es importante señalar que, aunque las viñetas fueron valiosas para la operacionalización del experimento, no reflejan completamente la complejidad de los escenarios de diagnóstico reales ni la riqueza de información proporcionada por una entrevista clínica u otros métodos de evaluación psicodiagnóstica disponibles para los diagnosticadores. Esto plantea preguntas sobre la validez externa de estos resultados en situaciones clínicas del mundo real (Brunswik, 1955; Hammond, 1954; Hogarth, 2005).

En lo que respecta a las condiciones experimentales, es relevante considerar la posible influencia de factores intervinientes. La administración de la prueba en días y aulas diferentes conlleva potenciales variaciones ambientales. Además, dado que la recolección de datos se llevó a cabo durante el horario de cursado, es importante reconocer que el tiempo de administración fue limitado, lo que podría haber influido en la calidad de las respuestas de los participantes.

En conjunto, estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados de esta investigación y al planificar futuros estudios para abordar dichas cuestiones de manera más completa y específica.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahearne, A.G., Grier, W.L. y Warnock, F.E. (2004). *Information costs and home bias: an analysis of US holdings of foreign equities*. Journal of International Economics, Vol. 62 No. 2, pp. 313-336.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, J. R. (1995). *Cognitive psychology and its implications* (4ª ed.). W. H. Freeman and Company, Nueva York.
- Andronikidi, A. y Kallinterakis, V. (2010). *Thin trading and its impact upon herding: the case of Israel*. Applied Economics Letters. Vol. 17 No. 18, pp. 1805-1810.
- Baddeley, A. (1992). *Working Memory*. Science 255,556-559. <https://doi.org/10.1126/science.1736359>
- Barlow, D. y Durand, V. (2002). *Psicopatología* (3ª. ed.). Thomson. Madrid.
- Barnhill, J. (2015). *Casos Clínicos del DSM-5* (1ª. ed). Editorial Médica Panamericana.
- Binder, K., Krauss, S., Schmidmaier, R. y Braun, L. (2020). *Natural frequency trees improve diagnostic efficiency in Bayesian reasoning*. Advances in Health Sciences Education. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10025-8>
- Bowes, S. M., Ammirati, R. J., Costello, T. H., Basterfield, C., y Lilienfeld, S. O. (2020). *Cognitive biases, heuristics, and logical fallacies in clinical practice: A brief fieldguide for practicing clinicians and supervisors*. Professional Psychology: Research and Practice, 51(5), 435–445. <https://doi.org/10.1037/pro0000309>
- Brunswik, E. (1955). *Representative design and probabilistic theory in a functional psychology*. Symposium on the probability approach in psychology. Psychological Review. Vol 62, No. 3. University of California.
- Burke, M. J. y Dunlap, W. P. (2002). *Estimating Interrater Agreement with the Average Deviation Index: A User's Guide*. Organizational Research Methods. <https://doi.org/10.1177/1094428102005002002>

- Burke, M. J., Finkelstein, L. M., y Dusing, M. S. (1999). *On Average Deviation Indices for Estimating Interrater Agreement*. *Organizational Research Methods*, Vol 2 No. 1.
- Cernadas, J. (2015). *Diagnostic errors in medical practice*. Archivos argentinos de pediatría. Buenos Aires, Argentina.
- Cramer, D. y Howitt, D. (2005). *The SAGE Dictionary of Statistics* (1ª. ed.). SAGE publications. London.
- Croskerry, P. (2003). *The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them*. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(8), 775–780. <https://doi.org/10.1056/nejmp1303712>
- Croskerry, P. (2013). *From Mindless to Mindful Practice — Cognitive Bias and Clinical Decision Making*. *New England Journal of Medicine*, 368(26), 2445–2448. <https://doi.org/10.1111/medu.12670>
- Croskerry, P. (2015). *When I say... cognitive debiasing*. *Medical Education*, 49(7), 656–657.
- De Groot, A. D. (1965). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton Publishers.
- Ditto, P. H., Liu, B. S., Clark, C. J., Wojcik, S. P., Chen, E. E., Grady, R. H. y Zinger, J. F. (2018). *At Least Bias Is Bipartisan: A Meta-Analytic Comparison of Partisan Bias in Liberals and Conservatives*. *Perspectives on Psychological Science*, 174569161774679. <https://doi.org/10.1177/1745691617746796>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). *Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. *Terapia psicológica*, 32(1), 65–74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Fischhoff, B. y Broomell, S. B. (2020). *Juicio y toma de decisiones*. *Revista Anual de Psicología*, 71(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050747>
- Flavell, J. (1979). *Metacognition and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive—Developmental Inquiry*. *American Psychologist*, 34(10), 906–911.
- Gigerenzer, G. y Gaissmaier, W. (2011). *Heuristic Decision Making*. Center for Adaptive Behavior and Cognition, Max Planck Institute for Human

Development. *Annu. Rev. Psychol.* <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346>

Gigerenzer, G. (2015). *Simply rational. Decision-making in the real world.* Oxford University Press, Nueva York, p. 316 *Psychological Inquiry*, 31(1), 73–85.

<https://doi.org/10.1080/1047840x.2020.1722600>

Hammond, K. R. (1954). *Representative vs. Systematic design in clinical psychology.* *Psychological Bulletin*. Vol. 51, No. 2. University of Colorado.

Herrera Galiano, A. y Serra Valdés, M. (2011). *El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina.* *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(1), 126-134.

Hogarth, R. M. (2005). *The challenge of representative design in psychology and economics.* *Journal of Economic Methodology*, 12:2, 253-263.

<http://dx.doi.org/10.1080/13501780500086172>

Honeycutt, N. y Jussim, L. (2020). *A Model of Political Bias in Social Science Research.* *Psychological Inquiry*, 31(1), 73–85.

<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.525>

Ilgén J.S., Bowen J.L. y McIntyre L.A. (2013). *Comparing diagnostic performance and the utility of clinical vignette-based assessment under testing conditions designed to encourage either automatic or analytic thought.* *Acad Med*. 88:1545-1551.

Jenkins M. M., y Youngstrom E. A. (2016). *A randomized controlled trial of cognitive debiasing improves assessment and treatment selection for pediatric bipolar disorder.* *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(4), 323–333.

Kahneman, D. (2003). *Mapas de racionalidad limitada: psicología para una economía conductual.* Discurso pronunciado en el acto de entrega del premio Nobel de Economía 2002. *RAE: Revista Asturiana de Economía*, ISSN 1134-8291, Nº. 28,181-225.1

Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow.* New York: Farrar, Straus and Giroux,

Klein, G. (2009). *Streetlights and shadows. Searching for the keys of adaptive decision Making.* MIT Press, Cambridge (MA), p. 337

- Larrick, R. P. (2004). *Debiasing*. En: Koehler, D.J. and Harvey, N., Eds., Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making, Blackwell Publishing, Hoboken, 316-338. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470752937.ch16>
- Macbeth, G. y Cortada de Kohan, N. (2008). *Efecto del entrenamiento sobre la calibración subjetiva de éxito en tareas verbales*. Revista Latinoamericana de Psicología, 40(1), 9-20.
- Mamede, S., van Gog, T., van den Berge, K., Rikers, R., van Saase, J., van Guldener, M. y Schmidt, H. (2010). *Effect of Availability Bias and Reflective Reasoning on Diagnostic Accuracy Among Internal Medicine Residents*. JAMA.304 (11):1198–1203. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1276>
- Marewski, J. y Gigerenzer, G. (2012). *Heuristic decision making in medicine, Dialogues in Clinical Neuroscience*. 14:1,77-89. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/>
- Minué-Lorenzo, S., Fernández-Aguilar, C., Martín-Martín, J. J., Fernández-Ajuria, A. (2020). *Uso de heurísticos y error diagnóstico en Atención Primaria: revisión panorámica*. Atención Primaria, Volume 52, Issue 3, 159-175.
- Nordgren, L. y Dijksterhuis, A. (2009). *The Devil Is in the Deliberation: Thinking Too Much Reduces Preference Consistency*. Journal of consumer research, Inc. Vol. 36. June 2009. <https://doi.org/10.1086/596306>
- Norman, G. R., Monteiro, S. D., Sherbino, J., Ilgen, J. S., Schmidt, H. G., y Mamede, S. (2017). *The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking*. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 92(1), 23–30.
- Norman, G., Sherbino, J., Dore, K., Wood, T., Young, M., Gaissmaier, W., Kreuger, S., y Monteiro, S. (2014). *The etiology of diagnostic errors: a controlled trial of system 1 versus system 2 reasoning*. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 89(2), 277–284. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000105>
- Norman, G.; Monteiro, S. y Sherbino J. (2013). *Is clinical cognition binary or continuous?* Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 88(8), 1058–1060.

- Organista Díaz, P. (2005). *Conciencia y metacognición*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23, 77-89
- Pressley, M. y Ghatala, E. S. (1990). *Self-Regulated Learning: Monitoring Learning from Text*. *Educational Psychologist* 25. 19-33. https://doi/10.1207/s15326985ep2501_3
- Richards, J. B., Hayes, M. M., y Schwartzstein, R. M. (2020). *Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application*. *Chest*, 158(4), 1617–1628.
- Schmidt, H. y Mamede S. (2022). *Improving diagnostic decision support through deliberate reflection: a proposal*. *Diagnosis* 10. <https://doi.org/10.1515/dx2022-0062.science.185.4157.1124>
- Sherbino, J., Dore, K. L., Wood, T. J., Young, M. E., Gaissmaier, W., Kreuger, S., y Norman, G. R. (2012). *The relationship between response time and diagnostic accuracy*. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(6), 785–791. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253acbd>
- Stanovich, K. y West, R. (2000). *Individual Differences in Reasoning: Implications for the Rationality Debate*. *The Behavioral and brain sciences*. 23. 645-65; discussion 665. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0000343>
- Sweller, J.; van Merriendboer, J.J.G y Pass, F. G. W. C. (1998). *Cognitive Architecture and Instructional Design*. 10(3), 251–296. <https://doi.org/10.1023/a:1022193728205>
- Taro Shimizu, K. y Yasuharu T. (2013). *Effects of the use of differential diagnosis checklist and general de-biasing checklist on diagnostic performance in comparison to intuitive diagnosis*. *Medical Teacher*, 35:6, e1218-e1229. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.742493>
- Tversky, A, y Kahneman, D. (1974). *Juicio bajo incertidumbre: Heurística y sesgos*. *Ciencia*. 185 (4157): 1124 - 1131. <https://doi.org/10.1126>
- Tversky, A. y Kahneman D. (1973). *Availability: A Heuristic for Judging Frequency and Probability*. *Cognitive Psychology*.

- Waddington, L. y Morley S. (2000). *Availability bias in clinical formulation: The first ideathat comes to mind*. Division of Psychiatry and Behavioural Sciences, Universityof Leeds.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., y Lambert, M. J. (2012). *An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers*. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. [https://doi.org/ 10.2466/02.07.17.pr0.110.2.639-644](https://doi.org/10.2466/02.07.17.pr0.110.2.639-644)
- Wegwarth, O.; Gaissmaier, W. y Gigerenzer, G. (2009). *Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine*. *Medical Education* 2009. Harding Center for Risk Literacy, Max Planck Institute for Human Development, Berlin, Germany.
- Woodward, H., Taft, C., Gordon, R. y Meis, L. (2009). *Clinician Bias in the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 1. 282-290. [https://doi.org/ 10.1037/a0017944](https://doi.org/10.1037/a0017944)
- Zaidi, F. B. y Tauni, M. Z. (2012). *Influence of investor's personality traits and demographics on overconfidence bias*, *Institute of Interdisciplinary Business Research*, Vol. 4 No. 6, pp. 730-746.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

7.1. Cuestionario de consulta a psicólogos para selección de viñetas clínicas

Estimado psicólogo:

Se agradece su colaboración como experto en psicología en este estudio que forma parte del trabajo final de grado para obtener el título de Lic. en Psicología en la Universidad Católica Argentina. El mismo, tiene por objetivo general analizar si es posible la optimización del diagnóstico psicológico a partir de estrategias cognitivas de reorganización del conocimiento en estudiantes de psicología.

Se le solicita su opinión como experto sobre diez viñetas clínicas con el fin de evaluar la calidad y pertinencia de las mismas en relación con los objetivos de la investigación.

El propósito de esta consulta es mejorar el material que se empleará para un experimento próximo con estudiantes de psicología. En este experimento, se le pedirá a cada participante que lea las viñetas y seleccione entre múltiples opciones el o los diagnósticos más adecuados.

Las viñetas clínicas fueron extraídas del manual de Casos Clínicos del DSM 5 (Barnhill, 2015) y adaptadas de acuerdo a los fines de la investigación. Cada viñeta presenta la historia clínica y los signos y síntomas actuales de pacientes reales con un diagnóstico confirmado.

Su colaboración será confidencial y voluntaria. Sus respuestas y evaluaciones serán anónimas y se utilizarán exclusivamente para los fines de esta investigación

Si está de acuerdo en participar y brindar su evaluación experta, se le solicita que indique su consentimiento a continuación.

X _____

A continuación, se presenta el material que será proporcionado a los participantes del experimento.

Luego, se le solicitará que brinde su opinión sobre dicho material. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor refleje su parecer en cada pregunta. Al final de cada viñeta encontrará un campo de texto libre para indicar sugerencias o comentarios.

Viñeta N°1

Oscar es un empresario de 51 años que acude a consulta diciendo que es incapaz de viajar en avión. Su única hija acababa de dar a luz y, aunque deseaba con todas sus fuerzas conocer a su primera nieta, se sentía incapaz de tomarse un vuelo.

El miedo a volar había comenzado 3 años antes, cuando viajaba en un avión que tuvo que aterrizar en medio de una ventisca. Llevaba sin volar 2 años, y dijo que había llorado al despegar y al aterrizar. Había ido con su esposa a un aeropuerto un año antes de la consulta, para acudir a la boda de la hija. A pesar de haber bebido una cantidad considerable de alcohol, Oscar tuvo pánico y se negó a subir al avión. Después de aquel intento fallido, tendía a presentar mucha ansiedad incluso ante la idea de volar, ansiedad que le había llevado a rechazar una promoción laboral.

Oscar refirió tristeza y remordimientos desde que había surgido esta limitación. Había aumentado su consumo de alcohol a tres vasos de vino por las noches para poder “desconectar”. Dijo que no había tenido problemas a causa del alcohol ni síntomas de abstinencia. También dijo no tener antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.

Explicó que no sentía ansiedad en ninguna otra situación, añadiendo que, en el trabajo, los compañeros lo consideraban un hombre enérgico y eficaz. Al preguntarle en concreto, dijo que, siendo niño, la idea de que pudiera atacarlo un animal salvaje lo tenía “petrificado”. Este temor le había impedido ir con la familia a acampar. De adulto, ya no le preocupaba que lo atacaran animales salvajes, pues vivía en una gran ciudad e iba de vacaciones en colectivo a otras zonas urbanas.

Diagnóstico: Fobia específica.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo
 ○ ○ ○ ○ ○

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo
 ○ ○ ○ ○ ○

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo
 ○ ○ ○ ○ ○

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°2

Un hombre que aparentaba unos 30 años fue llevado al servicio de urgencias por la policía. Se presentó desaliñado llamándose a sí mismo “Nuevo Jesús” y negándose a dar ningún otro nombre. No quiso sentarse y se puso a correr por la sala de urgencias. Dijo que ya no necesitaba dormir, lo que era señal de que “el Cielo” lo había elegido. El discurso era rápido, desorganizado y difícil de entender. Después de 45 minutos más de agitación, recibió una dosis de sedante. Esto lo calmó, pero aun así no dormía.

Había tenido un episodio parecido 2 años antes. En la consulta miraba escasamente a los ojos, fijándose en cualquier cosa que se moviera. El discurso era desorganizado, rápido y difícil de seguir. Describió su estado de ánimo diciendo que “no está mal”. El afecto era lábil. A menudo se reía sin motivo aparente y luego se enfadaba cuando creía

que lo habían entendido mal. El curso del pensamiento estaba desorganizado. Tenía delirios de grandiosidad y destacaba la percepción de que “Dios me habla”.

La hermana del paciente llegó una hora más tarde, después de que la llamase un vecino que había visto a la policía llevarse a su hermano. Refirió que su hermano había estado raro una semana antes, discutiendo en una reunión familiar, lo que no era típico de él. Dijo que había dicho que no tenía necesidad de dormir y que luego estuvo hablando de sus “dones”. Había intentado contactarse con él en esos días, pero no le había respondido el teléfono. Explicó que normalmente no tomaba drogas, que tenía 34 años de edad y que era profesor de matemáticas de secundaria.

Durante las siguientes 24 horas, se tranquilizó considerablemente. Pensaba que no tenía por qué estar hospitalizado. Hablaba deprisa y en voz muy alta. Los pensamientos saltaban de una idea a otra. Decía que tenía una conexión directa con Dios y “una misión importante en la Tierra”, aunque negó que conociera a alguien llamado “Nuevo Jesús”.

Diagnóstico: Trastorno Bipolar I

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°3

Raquel, una chica de 15 años, viene a consulta con su madre por presentar desde hacía un año problemas en casa y en el colegio que iban de mal en peor. La madre dijo que su mayor preocupación era que “las medicinas de Raquel no sirven de nada”. Raquel refirió que no tenía ninguna queja especial. Ambas dijeron que sus notas habían empeorado y pasado de sobresalientes a meros suficientes, que había perdido a muchos amigos y que los conflictos en casa habían aumentado hasta el punto de llamar a su madre “repugnante y mala”.

Raquel vio a su primer psiquiatra a los 7 años por presentar inquietud, impulsividad y distraibilidad. Después de que la terapia resultara ineficaz, la paciente empezó a tomar medicación para combatir el TDAH. Durante los 6 años siguientes, a Rachel le fue bien; “era prácticamente igual que los demás niños mientras estuvo medicada”.

Alrededor de los 14 años, Raquel se volvió “tristona”. Pasaba días sola, sin hablar con nadie. Durante estos periodos de tristeza dormía más de lo habitual, se quejaba de que sus amigos ya no la querían y parecía no interesarse por nada. En otros momentos era “el terror” de la casa, chillando con frecuencia a su hermana y sus padres. En este punto, sus notas empezaron a empeorar y el pediatra le aumentó la dosis de su medicación.

El padre había abandonado a la familia antes de que Raquel naciera.

Al explorar los periodos de irritabilidad, disforia y aislamiento social, el clínico preguntó si, en ocasiones Raquel había estado especialmente contenta. La madre recordó varios periodos en los que la hija había estado “atolondrada” durante 1 o 2 semanas. Se reía de “cualquier cosa” y ayudaba con las tareas domésticas llena de entusiasmo.

En la consulta, Raquel tenía un aspecto triste, con cierta constricción afectiva. No le gustaba cómo se sentía y explicó que estaba deprimida una semana, después bien, después “divertidísima” unos cuantos días y luego “con ganas de matar a alguien”. No sabía por qué se sentía así y odiaba no saber cómo estaría al día siguiente.

Diagnóstico: Trastorno ciclotímico.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°4

María es una mujer soltera de 23 años derivada por su cardiólogo. En los últimos dos meses había acudido a él en cuatro ocasiones por presentar palpitaciones, disnea, sudoración, temblores y miedo con sensación de muerte inminente. Todos estos episodios se iniciaron rápidamente. Los síntomas alcanzaron máximos en cuestión de minutos, dejándola asustada, exhausta y plenamente convencida de que había sufrido un infarto de miocardio. Las evaluaciones médicas dieron resultados normales.

La paciente refirió que había tenido en total cinco crisis en los últimos 3 meses, surgiendo el pánico en el trabajo, en casa y mientras conducía el coche. Acabó teniendo miedo constante que se produjeran nuevas crisis, lo que la había llevado a tomarse muchos días de permiso en el trabajo y a evitar el ejercicio físico, el café y conducir el coche. La calidad del sueño y el estado de ánimo habían disminuido. Evitaba las relaciones sociales.

No la tranquilizaban ni amigos ni médicos, creyendo que las pruebas eran negativas porque se habían realizado después de haber desaparecido los síntomas. Seguía sospechando que le pasaba algo en el corazón y que, al no tener un diagnóstico preciso, acabaría muriendo. Después de sufrir una crisis de pánico mientras dormía, en plena noche, aceptó finalmente ver a un psicólogo.

María refirió que carecía de antecedentes psiquiátricos, excepto por un problema de ansiedad en la niñez que habían diagnosticado de “fobia escolar”.

La paciente había finalizado el secundario, trabajaba de operadora telefónica y no salía con nadie.

Diagnóstico: Trastorno de pánico con agorafobia.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°5

Juan es un joven de 25 años, soltero y desocupado.

Después de una niñez normal, comenzó a presentar un ánimo disfórico, anhedonia, falta de energía y aislamiento social a los 15 años. Al mismo tiempo, comenzó a beber alcohol y fumar marihuana a diario.

Además, empezó a sufrir episodios de crisis marcadas por la aparición súbita de palpitaciones, sudoración y pensamientos de que iba a morir.

Recibió antidepresivos en dos ocasiones. En ambos casos, los síntomas depresivos más intensos cedieron en pocas semanas y el paciente dejó el medicamento a los pocos meses. Entre estos episodios de depresión intensa se le veía triste, irritable y desmotivado.

El rendimiento académico empeoró durante el secundario y no fue a la universidad.

A los 20 años, Juan presentó un episodio psicótico en el que estaba convencido de que había asesinado a gente cuando tenía 6 años. Estaba totalmente seguro de que aquello había ocurrido, lo que confirmaban voces que lo acusaban de ser un asesino. Estaba convencido de que los otros lo castigarían por lo ocurrido y por eso temía por su vida. La culpa intensa lo llevó a intentar matarse cortándose las venas, lo que condujo a su ingreso en un hospital psiquiátrico. Luego de varias semanas de delirios y alucinaciones en relación a la convicción de que había asesinado a alguien, se presentaron durante un mes anhedonia prominente, sueño con mala calidad, falta de apetito y poca capacidad de concentración. Este patrón sintomático se dio dos veces más antes de cumplir los 22 años.

En los antecedentes de Juan, estaba el abuso de marihuana y alcohol. Antes de la aparición de la psicosis a los 20 años, había fumado varios cigarrillos de marihuana casi diariamente y había bebido masivamente los fines de semana. Después de los primeros episodios psicóticos, redujo el consumo de marihuana y alcohol considerablemente, pasando por dos periodos de abstinencia de varios meses, y aun así siguió teniendo episodios psicóticos hasta los 22 años. Empezó a asistir a grupos de Narcóticos Anónimos, logró la sobriedad sin marihuana y alcohol a la edad de 23 años y ha permanecido sobrio durante 2 años.

Diagnóstico: Trastorno esquizoafectivo. Trastorno por consumo de sustancias en remisión.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○ Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○ Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo ○ ○ ○ ○ ○ Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°6

Pamela es una auxiliar administrativa de 41 años a quien el médico deriva a una consulta psicológica por referir que está “siempre tensa”. Vive sola y nunca estuvo casada ni tuvo hijos. Jamás había acudido al psicólogo anteriormente.

Había vivido con su novio de mucho tiempo hasta 8 meses antes, momento en el que él había roto repentinamente la relación para salir con otra mujer. Poco después, Pamela empezó a agobiarse con las tareas cotidianas y la posibilidad de cometer errores en el trabajo. Se notaba extrañamente tensa y fatigada. Le costaba concentrarse. Empezó también a preocuparse excesivamente por el dinero y, para ahorrar, se mudó a un apartamento más barato. Acudía constantemente a sus compañeros de trabajo y a su madre en busca de apoyo y tranquilidad. Nadie parecía serle de ayuda y le preocupaba ser “demasiado pesada”.

Hace tres meses, había dejado de salir por las noches, temiendo que algo malo iba a ocurrirle y no podría pedir ayuda. Mas recientemente había dejado de salir también por el día. Se sentía también “desprotegida y vulnerable” al ir andando hasta la frutería que tenía a tres cuadras de su casa. Después de describir cómo se las había arreglado para que le llevaran la comida a casa, añadió: “es ridículo. De verdad que creo que va a ocurrir algo terrible en uno de los pasillos y que nadie podrá ayudarme, por lo que ni siquiera me asomo”. En el apartamento, a menudo lograba relajarse y disfrutar de un libro o película.

Pamela dijo que había sido “algo nerviosa desde siempre”. Durante casi toda la época del jardín de infancia había llorado desconsolada cuando la madre trataba de dejarla allí. Nunca le había gustado la soledad. Hasta la ruptura reciente, dijo que siempre se había considerado “bien”. Tenía éxito en el trabajo, hacía deporte a diario, conservaba una red sólida de amistades y no tenía “verdaderos motivos de queja”. Dijo que había estado triste unas semanas cuando el novio la dejó, pero no reconoció haberse sentido inservible, culpable, despreciable, anhedónica o suicida. Dijo que pesaba lo mismo y dormía bien.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad generalizada.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo ○ 1 2 3 4 5 ○ Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo ○ ○ ○ ○ ○ Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

1 2 3 4 5
Muy en desacuerdo ○ ○ ○ ○ ○ Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°7

Juana, una mujer en paro, busca tratamiento a los 33 años de edad por presentar ánimo deprimido, pensamientos crónicos de suicidio y aislamiento social. Había pasado los últimos 6 meses encerrada en su departamento, mirando televisión y comprando por Internet más cosas de las que podía permitirse.

Juana era la del medio de tres hermanos. Se había sentido aislada en sus años escolares y había tenido periodos de ánimo deprimido. En la familia se la conocía por sus estallidos de cólera. Le había ido académicamente bien en la secundaria, pero había dejado la facultad por frustraciones con un profesor.

Había intentado una serie de trabajos en prácticas y como becaria con la esperanza de volver a la universidad, pero siempre los dejaba porque “los jefes son idiotas. Dan la impresión de ser estupendos y todos acaban siendo unos retorcidos”. Estos “traumas” siempre la hacían sentirse muy mal consigo misma y enojada con sus jefes. Había salido con hombres cuando era más joven, pero nunca los había dejado acercarse físicamente porque la intimidad le provocaba ansiedad.

Juana contó que en su pasado se había ocasionado cortes superficiales varias veces, con pensamientos persistentes de que preferiría estar muerta. Dijo que estaba normalmente “decaída y deprimida”, pero que había tenido decenas de veces “manías” uno o dos días en las que se notaba llena de energía y tensa y pasaba las noches en vela. Tendía a “derrumbarse” al día siguiente y entonces dormía 12 horas.

Se encontraba en tratamiento psiquiátrico desde los 17 años de edad y la habían ingresado tres veces por sobredosis. Le habían recetado estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y antidepresivos.

Durante la entrevista se presentaba como una mujer de atuendo informal y algo desarreglada que se mostraba colaboradora, coherente y pragmática. Estuvo en general disfórica y con el afecto constreñido. Dijo sentirse avergonzada de su escaso rendimiento, pero también creía que estaba “en la Tierra para hacer algo grande”. Dijo que se iba de los trabajos porque la gente era irrespetuosa. Por ejemplo, refirió que cuando trabajó en un supermercado, la gente solía ser grosera o ingrata. Hacia el final de la sesión se enfadó con el entrevistador porque este miró el reloj (“¿Ya estás aburrido?”).

Diagnóstico: Trastorno de la personalidad límite.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5
 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5
 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5
 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°8

Samuel, un conserje de 52 años, soltero, acude para tratarse una depresión. Llevaba años tomando antidepresivos y realizando psicoterapia, con mejorías leves. Trabajaba a tiempo completo, aunque realizaba algunas actividades fuera del trabajo.

Dijo que estaba bajo de ánimo, no disfrutaba de nada, padecía insomnio, se sentía inútil y le costaba concentrarse y tomar decisiones. Negó tener ideas de suicidio actualmente, pero añadió que, unos meses antes, se había quedado mirando las vías del tren y había pensado en saltar. Refirió que bebía alcohol de vez en cuando pero que no tomaba drogas.

Además, dijo que le preocupaba contraer enfermedades como el VIH. Al notar un olor inusualmente fuerte a desinfectante, el entrevistador preguntó si tenía algún hábito de limpieza especial en relación con la preocupación que sentía por el VIH. Samuel explicó que evitaba tocar prácticamente cualquier cosa fuera de la casa. Al animarlo a seguir, Samuel dijo que, si tan siquiera se acercaba a cosas que pudieran estar contaminadas, tenía que lavarse las manos de manera incesante con lejía doméstica. Se lavaba las manos unas 30 veces al día, empleando horas en esta rutina. Ir a la frutería y usar el transporte público suponían grandes problemas, y casi había dejado de tratar a todo el mundo y de tener relaciones románticas.

Al preguntarle si le preocupaban otras cosas, Samuel dijo que le venían pensamientos intrusivos de pegar a alguien, miedo a decir algo que pudiera resultar ofensivo o inexacto y temor a molestar a sus vecinos. Para contrarrestar la ansiedad que le producían estas imágenes y pensamientos, repetía mentalmente las conversaciones previas, llevaba diarios de lo que decía y a menudo se disculpaba por miedo a haber sonado insultante. Al ducharse, procuraba que el agua solo llegara en la bañera a determinado nivel, por miedo a despistarse e inundar a sus vecinos. Utilizaba guantes en el trabajo y rendía bien. No tenía enfermedades físicas. Pasaba la mayor parte del tiempo libre en casa. Aunque le

gustaba la compañía de otras personas, el miedo a tener que tocar algo si lo invitaban a comer o a casa de alguien era demasiado para él.

Diagnóstico: Trastorno obsesivo-compulsivo. Trastorno depresivo mayor.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°9

Lautaro es un chico de 12 años al que derivan a una consulta de salud mental por presentar ansiedad de larga evolución ante la idea de perder a sus padres y, desde hace poco tiempo, por la posibilidad de contraer una enfermedad grave.

Aunque los padres describieron un largo historial de ansiedad, el problema agudo de Lautaro había comenzado hace 5 semanas, cuando vio un programa de televisión sobre enfermedades raras y mortales. Después, le entró miedo de que quizá tuviera una enfermedad oculta. Los padres refirieron tres “crisis de pánico” en el mes anterior, caracterizadas por ansiedad, mareos, sudores y sensación de falta de aire. Más o menos al mismo tiempo, Lautaro empezó a quejarse de dolores frecuentes de cabeza y de estómago. La teoría del mismo Lautaro era que los dolores se debían a su propio miedo a estar enfermo y a que sus padres lo abandonaran. Insistió en que no le daba miedo tener más crisis de pánico, pero la idea de que lo dejaran solo y enfermo lo petrificaba.

Lautaro había comenzado a padecer ansiedad de pequeño. El temor más persistente se refería a la seguridad de sus padres. Se encontraba normalmente bien cuando ambos estaban en el trabajo o en casa, pero cuando estaban en cualquier otra parte, temía casi siempre que murieran en un accidente. Cuando volvían tarde del trabajo, Lautaro se ponía frenético, llamando y enviando mensajes de texto constantemente. A Lautaro le preocupaba sobre todo la seguridad de su madre, que había reducido al mínimo, poco a poco, sus actividades a solas. “Era como si quisiera seguirme incluso al baño”. Lautaro

era menos exigente con el padre, quien explicó: “si lo consolamos o nos quedamos en casa a todas horas, nunca se hará independiente”.

Las notas de Lautaro eran normalmente buenas. Los profesores coincidían en que era un chico tranquilo que tenía varios amigos y cooperaba bien con los demás niños. Sin embargo, tendía a ser muy sensible ante cualquier indicio de que lo estuvieran molestando.

En los antecedentes familiares de Lautaro destacaba la presencia de trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad social en la madre.

Diagnóstico: Trastorno de ansiedad por separación.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

Viñeta N°10

Valeria es una mujer de 20 años. Acude a su médico de atención primaria quejándose de frecuentes cefaleas y fatiga crónica. La exploración física resultó normal, excepto porque un IMC extremadamente bajo de 14,7 y no había tenido la última menstruación. Incapaz de hallar una explicación para sus síntomas, el médico la derivó al programa de trastornos alimentarios del hospital.

Al presentarse para la evaluación psicológica, Valeria se mostró colaboradora y agradable. Cuando se le preguntó por su peso dijo estar preocupada y negó cualquier alteración de la imagen corporal: “ya sé que necesito ganar peso. Estoy demasiado flaca”, si bien expresó tener temor a engordar demasiado. Se sentía avergonzada cuando la familia e incluso extraños le decían que había adelgazado demasiado.

A pesar de la aparente motivación para corregir su desnutrición, el repaso de la dieta de Valeria reveló que consumía menos de la mitad de las calorías diarias recomendadas.

El día antes de la evaluación solo había comido un pequeño plato de brócoli al vapor y una taza de legumbres.

Valeria explicó de varias formas su precaria alimentación. El primer motivo era la falta de apetito: “mi cerebro ni siquiera me señala el hambre”, “No tengo ganas de comer en todo el día”. El segundo eran las náuseas y el vientre hinchado: “me siento incomodísima después de comer”. El tercero era el surtido limitado de alimentos que permitía su religión, defensora de la dieta vegetariana: “Mi cuerpo no es realmente mío. Es un templo de Dios”. El cuarto motivo era que, con su escaso presupuesto, no podía costearse sus fuentes preferidas de proteínas vegetales. Valeria ganaba muy poco dinero haciendo labores de secretaria para su iglesia, aunque llamaba la atención que ningún otro miembro de la familia con quienes comparte recursos, presente un déficit considerable.

Valeria negó tener otros problemas de alimentación, como atracones, purgas y conductas dirigidas a perder peso. Con respecto al ejercicio físico, refirió que caminaba unas 3-4 horas al día. Negó que esta actividad estuviera motivada por un deseo de quemar calorías.

Al preguntarle por sus tratamientos previos, dijo que había acudido a una nutricionista hace un año, cuando su familia empezó a molestarla por su delgadez, pero que las consultas no le habían parecido nada útiles.

Diagnóstico: Anorexia nerviosa.

1. El diagnóstico proporcionado es correcto.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

2. La viñeta brinda información suficiente y clara para formular un diagnóstico adecuado.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

3. La viñeta es adecuada para el estudio del proceso diagnóstico.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de acuerdo

4. Comentarios, sugerencias o señalamientos que considere oportunos.

7.2. Consentimiento Informado para recolección de datos

La presente investigación tiene como objetivo estudiar el proceso de diagnóstico psicológico en estudiantes de psicología. Este estudio forma parte del trabajo final de grado para obtener el título de Lic. en Psicología en la Universidad Católica Argentina.

La actividad a realizar consiste en completar un cuestionario que requiere aproximadamente 20 minutos. Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará exclusivamente para los fines de esta investigación. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias para su persona. Si está de acuerdo en participar, por favor firme este documento.

X _____

7.3. Cuestionario sociodemográfico

Complete sus datos personales

Género:

Edad:

Año de cursado:

7.4. Instrumento de recolección de datos

7.4.1. Grupo control

Por favor, lea con atención las viñetas clínicas que se presentan a continuación. Cada una de ellas, describe la historia clínica de un paciente y sus signos y síntomas.

Luego, elija entre las opciones el diagnóstico que considere adecuado según los datos aportados. Tenga en cuenta posibles comorbilidades, por lo que PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN PARA CADA VIÑETA.

Viñeta N°1

Oscar es un empresario de 51 años que acude a consulta diciendo que es incapaz de viajar en avión. Su única hija acababa de dar a luz y, aunque deseaba con todas sus fuerzas conocer a su primera nieta, se sentía incapaz de tomarse un vuelo.

El miedo a volar había comenzado 3 años antes, cuando viajaba en un avión que tuvo que aterrizar en medio de una ventisca. Llevaba sin volar 2 años, y dijo que había llorado al despegar y al aterrizar. Había ido con su esposa a un aeropuerto un año antes de la consulta, para acudir a la boda de la hija. A pesar de haber bebido una cantidad considerable de alcohol, Oscar tuvo pánico y se negó a subir al avión. Después de aquel intento fallido, tendía a presentar mucha ansiedad incluso ante la idea de volar, ansiedad que le había llevado a rechazar una promoción laboral.

Oscar refirió tristeza y remordimientos desde que había surgido esta limitación. Había aumentado su consumo de alcohol a tres vasos de vino por las noches para poder “desconectar”. Dijo que no había tenido problemas a causa del alcohol ni síntomas de abstinencia. También dijo no tener antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.

Explicó que no sentía ansiedad en ninguna otra situación, añadiendo que, en el trabajo, los compañeros lo consideraban un hombre enérgico y eficaz. Al preguntarle en concreto, dijo que, siendo niño, la idea de que pudiera atacarlo un animal salvaje lo tenía “petrificado”. Este temor le había impedido ir con la familia a acampar. De adulto, ya no le preocupaba que lo atacaran animales salvajes, pues vivía en una gran ciudad e iba de vacaciones en colectivo a otras zonas urbanas.

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno de ansiedad generalizada
2. Fobia específica
3. Trastorno depresivo mayor
4. Trastorno por consumo de sustancias
5. Trastorno de estrés postraumático

Viñeta N°2

Valeria es una mujer de 20 años. Acude a su médico de atención primaria quejándose de frecuentes cefaleas y fatiga crónica. La exploración física resultó normal, excepto porque pesaba tan solo 35 kilos con un IMC extremadamente bajo de 14,7 y no había tenido la última menstruación. Incapaz de hallar una explicación para sus síntomas, el médico la derivó al programa de trastornos alimentarios del hospital.

Valeria se mostró colaboradora y agradable. Cuando se le preguntó por su peso dijo estar algo preocupada: “ya sé que necesito ganar peso. Estoy demasiado flaca”, si bien expresó tener temor a engordar demasiado. Se sentía avergonzada cuando la familia e incluso extraños le decían que había adelgazado demasiado.

A pesar de la aparente motivación para corregir su desnutrición, el repaso de la dieta de Valeria reveló que consumía menos de la mitad de las calorías diarias recomendadas. El día antes de la evaluación solo había comido un pequeño plato de brócoli al vapor y una taza de legumbres.

Explicó de varias formas su precaria alimentación. El primer motivo era la falta de apetito: “mi cerebro ni siquiera me señala el hambre”, “No tengo ganas de comer en todo el día”. El segundo eran las náuseas y el vientre hinchado: “me siento incomodísima después de comer”. El tercero era el surtido limitado de alimentos que permitía su religión, defensora de la dieta vegetariana: “Mi cuerpo no es realmente mío. Es un templo de Dios”. El cuarto motivo era que, con su escaso presupuesto, no podía costearse sus fuentes preferidas de proteínas vegetales. Valeria ganaba muy poco dinero haciendo labores de secretaria para su iglesia, aunque llamaba la atención que ningún otro miembro de la familia con quienes comparte recursos, presente un déficit considerable.

Valeria negó tener otros problemas de alimentación, como atracones, purgas y conductas dirigidas a perder peso. Sin embargo, con respecto al ejercicio físico, refirió que caminaba unas 6-7 horas al día. Negó que esta actividad estuviera motivada por un deseo de quemar calorías.

Al preguntarle por sus tratamientos previos, dijo que había acudido a una nutricionista hace un año, cuando su familia empezó a molestarla por su delgadez, pero que las consultas no le habían parecido nada útiles.

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Anorexia nerviosa
4. Bulimia nerviosa
5. Trastorno por atracón

Viñeta N° 3

Pamela es una auxiliar administrativa de 41 años a quien el médico deriva a una consulta psicológica por referir que está “siempre tensa”. Vive sola y nunca estuvo casada ni tuvo hijos. Jamás había acudido al psicólogo anteriormente.

Había vivido con su novio de mucho tiempo hasta 8 meses antes, momento en el que él había roto repentinamente la relación para salir con otra mujer. Poco después, Pamela empezó a agobiarse con las tareas cotidianas y la posibilidad de cometer errores en el trabajo. Se notaba extrañamente tensa y fatigada. Le costaba concentrarse. Empezó también a preocuparse excesivamente por el dinero y, para ahorrar, se mudó a un apartamento más barato. Acudía constantemente a sus compañeros de trabajo y a su madre en busca de apoyo y tranquilidad. Nadie parecía serle de ayuda y le preocupaba ser “demasiado pesada”.

Un año antes de la ruptura, había dejado de salir por las noches, temiendo que algo malo iba a ocurrirle y no podría pedir ayuda. Mas recientemente había dejado de salir también por el día. Se sentía también “desprotegida y vulnerable” al ir andando hasta la frutería que tenía a tres cuadras de su casa. Después de describir cómo se las había arreglado para que le llevaran la comida a casa, añadió: “es ridículo. De verdad que creo que va a ocurrir algo terrible en uno de los pasillos y que nadie podrá ayudarme, por lo que ni siquiera me asomo”. En el apartamento, a menudo lograba relajarse y disfrutar de un libro o película.

Pamela dijo que había sido “algo nerviosa desde siempre”. Durante casi toda la época del jardín de infancia había llorado desconsolada cuando la madre trataba de dejarla allí. Nunca le había gustado la soledad. Hasta la ruptura reciente, dijo que siempre se había considerado “bien”. Tenía éxito en el trabajo, hacía deporte a diario, conservaba una red sólida de amistades y no tenía “verdaderos motivos de queja”. Dijo que había estado triste unas semanas cuando el novio la dejó, pero no reconoció haberse sentido inservible, culpable, despreciable, anhedónica o suicida. Dijo que pesaba lo mismo y dormía bien.

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno de pánico
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Agorafobia
4. Trastorno depresivo mayor
5. Trastorno de estrés postraumático

Viñeta N° 4

Juana, una mujer en paro, busca tratamiento a los 33 años por presentar ánimo deprimido, pensamientos crónicos de suicidio y aislamiento social. Había pasado los

últimos 6 meses encerrada en su departamento, mirando televisión y comprando por Internet más cosas de las que podía permitirse.

Juana era la del medio de tres hermanos. Se había sentido aislada en sus años escolares y había tenido periodos de ánimo deprimido. En la familia se la conocía por sus estallidos de cólera. Le había ido académicamente bien en la secundaria, pero había dejado la facultad por frustraciones con un profesor.

Había intentado una serie de trabajos en prácticas y como becaria con la esperanza de volver a la universidad, pero siempre los dejaba porque “los jefes son idiotas. Dan la impresión de ser estupendos y todos acaban siendo unos retorcidos”. Estos “traumas” siempre la hacían sentirse muy mal consigo misma y enojada con sus jefes. Había salido con hombres cuando era más joven, pero nunca los había dejado acercarse físicamente porque la intimidad le provocaba ansiedad.

Juana contó que en su pasado se había ocasionado cortes superficiales varias veces, con pensamientos persistentes de que preferiría estar muerta. Dijo que estaba normalmente “decaída y deprimida”, pero que había tenido decenas de veces “manías” uno o dos días en las que se notaba llena de energía y tensa y pasaba las noches en vela. Tendía a “derrumbarse” al día siguiente y entonces dormía 12 horas.

Se encontraba en tratamiento psiquiátrico desde los 17 años y la habían ingresado tres veces por sobredosis. Le habían recetado estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y antidepresivos.

Durante la entrevista se presentaba como una mujer de atuendo informal y algo desarreglada que se mostraba colaboradora, coherente y pragmática. Estuvo en general disfórica y con el afecto constreñido. Dijo sentirse avergonzada de su escaso rendimiento, pero también creía que estaba “en la Tierra para hacer algo grande”. Dijo que se iba de los trabajos porque la gente era irrespetuosa. Por ejemplo, refirió que cuando trabajó en un supermercado, la gente solía ser grosera o ingrata. Hacia el final de la sesión se enfadó con el entrevistador porque este miró el reloj (“¿Ya estás aburrido?”).

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno bipolar II
3. Trastorno de ansiedad social
4. Trastorno de personalidad límite
5. Trastorno de personalidad evitativo

Viñeta N° 5

Samuel, un conserje de 52 años, soltero, acude para tratarse una depresión. Llevaba años tomando antidepresivos y realizando psicoterapia, con mejorías leves. Trabajaba a tiempo completo, aunque realizaba algunas actividades fuera del trabajo.

Dijo que estaba bajo de ánimo, no disfrutaba de nada, padecía insomnio, se sentía inútil y le costaba concentrarse y tomar decisiones. Negó tener ideas de suicidio actualmente, pero añadió que, unos meses antes, se había quedado mirando las vías del tren y había pensado en saltar. Refirió que bebía alcohol de vez en cuando pero que no tomaba drogas.

Además, dijo que le preocupaba contraer enfermedades como el VIH. Al notar un olor inusualmente fuerte a desinfectante, el entrevistador preguntó si tenía algún hábito de limpieza especial en relación con la preocupación que sentía por el VIH. Samuel explicó que evitaba tocar prácticamente cualquier cosa fuera de la casa. Al animarlo a seguir, Samuel dijo que, si tan siquiera se acercaba a cosas que pudieran estar

contaminadas, tenía que lavarse las manos de manera incesante con lejía doméstica. Se lavaba las manos unas 30 veces al día, empleando horas en esta rutina. Ir a la frutería y usar el transporte público suponían grandes problemas, y casi había dejado de tratar a todo el mundo y de tener relaciones románticas.

Al preguntarle si le preocupaban otras cosas, Samuel dijo que le venían pensamientos intrusivos de pegar a alguien, miedo a decir algo que pudiera resultar ofensivo o inexacto y temor a molestar a sus vecinos. Para contrarrestar la ansiedad que le producían estas imágenes y pensamientos, repetía mentalmente las conversaciones previas, llevaba diarios de lo que decía y a menudo se disculpaba por miedo a haber sonado insultante. Al ducharse, procuraba que el agua solo llegara en la bañera a determinado nivel, por miedo a despistarse e inundar a sus vecinos. Utilizaba guantes en el trabajo y rendía bien. No tenía enfermedades físicas. Pasaba la mayor parte del tiempo libre en casa. Aunque le gustaba la compañía de otras personas, el miedo a tener que tocar algo si lo invitaban a comer o a casa de alguien era demasiado para él.

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno delirante
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
4. Trastorno obsesivo-compulsivo
5. Trastorno depresivo mayor

Viñeta N° 6

Juan es un joven de 25 años, soltero y desocupado. Después de una niñez normal, comenzó a presentar un ánimo disfórico, anhedonia, falta de energía y aislamiento social a los 15 años. Al mismo tiempo, comenzó a beber alcohol y fumar marihuana a diario.

Además, empezó a sufrir episodios de crisis marcadas por la aparición súbita de palpitaciones, sudoración y pensamientos de que iba a morir.

Recibió antidepresivos en dos ocasiones. En ambos casos, los síntomas depresivos más intensos cedieron en pocas semanas y el paciente dejó el medicamento a los pocos meses. Entre estos episodios de depresión intensa se le veía triste, irritable y desmotivado.

El rendimiento académico empeoró durante el secundario y no fue a la universidad.

A los 20 años, Juan presentó un episodio psicótico en el que estaba convencido de que había asesinado a gente cuando tenía 6 años. Estaba totalmente seguro de que aquello había ocurrido, lo que confirmaban voces que lo acusaban de ser un asesino. Estaba convencido de que los otros lo castigarían por lo ocurrido y por eso temía por su vida. La culpa intensa lo llevó a intentar matarse cortándose las venas, lo que condujo a su ingreso en un hospital psiquiátrico. Luego de varias semanas de delirios y alucinaciones en relación a la convicción de que había asesinado a alguien, se presentaron durante un mes anhedonia prominente, sueño con mala calidad, falta de apetito y poca capacidad de concentración. Este patrón sintomático se dio dos veces más antes de cumplir los 22 años.

En los antecedentes de Juan, estaba el abuso de marihuana y alcohol. Antes de la aparición de la psicosis a los 20 años, había fumado varios cigarrillos de marihuana casi diariamente y había bebido masivamente los fines de semana. Después de los primeros episodios psicóticos, redujo el consumo de marihuana y alcohol considerablemente, pasando por dos periodos de abstinencia de varios meses, y aun así siguió teniendo episodios psicóticos hasta los 22 años. Empezó a asistir a grupos de Narcóticos

Anónimos, logró la sobriedad sin marihuana y alcohol a la edad de 23 años y ha permanecido sobrio durante 2 años.

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno delirante
2. Trastorno Bipolar I
3. Trastorno esquizoafectivo
4. Trastorno por consumo de sustancias (en remisión)
5. Trastorno depresivo mayor

7.4.2. Grupo experimental

Por favor, lea con atención las viñetas clínicas que se presentan a continuación. Cada una de ellas, describe la historia clínica de un paciente y sus signos y síntomas.

Luego, señale las características del caso que se ajusten o no a cada uno de los diagnósticos presentados (signos, síntomas, etc.).

Por último, elija entre las opciones el diagnóstico que considere adecuado según los datos aportados. Tenga en cuenta posibles comorbilidades, por lo que PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN PARA CADA VIÑETA.

Viñeta N°1

Oscar es un empresario de 51 años que acude a consulta diciendo que es incapaz de viajar en avión. Su única hija acababa de dar a luz y, aunque deseaba con todas sus fuerzas conocer a su primera nieta, se sentía incapaz de tomarse un vuelo.

El miedo a volar había comenzado 3 años antes, cuando viajaba en un avión que tuvo que aterrizar en medio de una ventisca. Llevaba sin volar 2 años, y dijo que había llorado al despegar y al aterrizar. Había ido con su esposa a un aeropuerto un año antes de la consulta, para acudir a la boda de la hija. A pesar de haber bebido una cantidad considerable de alcohol, Oscar tuvo pánico y se negó a subir al avión. Después de aquel intento fallido, tendía a presentar mucha ansiedad incluso ante la idea de volar, ansiedad que le había llevado a rechazar una promoción laboral.

Oscar refirió tristeza y remordimientos desde que había surgido esta limitación. Había aumentado su consumo de alcohol a tres vasos de vino por las noches para poder “desconectar”. Dijo que no había tenido problemas a causa del alcohol ni síntomas de abstinencia. También dijo no tener antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.

Explicó que no sentía ansiedad en ninguna otra situación, añadiendo que, en el trabajo, los compañeros lo consideraban un hombre enérgico y eficaz. Al preguntarle en concreto, dijo que, siendo niño, la idea de que pudiera atacarlo un animal salvaje lo tenía “petrificado”. Este temor le había impedido ir con la familia a acampar. De adulto, ya no le preocupaba que lo atacaran animales salvajes, pues vivía en una gran ciudad e iba de vacaciones en colectivo a otras zonas urbanas.

• **Señale muy brevemente las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado (✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (✗).**

- 1- Trastorno de ansiedad generalizada:

✓

x _____

2- Trastorno depresivo mayor:

✓ _____

x _____

3- Fobia específica:

✓ _____

x _____

4- Trastorno por consumo de sustancias:

✓ _____

x _____

5- Trastorno de estrés postraumático:

✓ _____

x _____

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno de ansiedad generalizada
2. Trastorno depresivo mayor
3. Fobia específica
4. Trastorno por consumo de sustancias
5. Trastorno de estrés postraumático

Viñeta N°2

Valeria es una mujer de 20 años. Acude a su médico de atención primaria quejándose de frecuentes cefaleas y fatiga crónica. La exploración física resultó normal, excepto porque pesaba tan solo 35 kilos con un IMC extremadamente bajo de 14,7 y no había tenido la última menstruación. Incapaz de hallar una explicación para sus síntomas, el médico la derivó al programa de trastornos alimentarios del hospital.

Valeria se mostró colaboradora y agradable. Cuando se le preguntó por su peso dijo estar algo preocupada: “ya sé que necesito ganar peso. Estoy demasiado flaca”, si bien expresó tener temor a engordar demasiado. Se sentía avergonzada cuando la familia e incluso extraños le decían que había adelgazado demasiado.

A pesar de la aparente motivación para corregir su desnutrición, el repaso de la dieta de Valeria reveló que consumía menos de la mitad de las calorías diarias recomendadas. El día antes de la evaluación solo había comido un pequeño plato de brócoli al vapor y una taza de legumbres.

Explicó de varias formas su precaria alimentación. El primer motivo era la falta de apetito: “mi cerebro ni siquiera me señala el hambre”, “No tengo ganas de comer en todo el día”. El segundo eran las náuseas y el vientre hinchado: “me siento incomodísima después de comer”. El tercero era el surtido limitado de alimentos que permitía su religión, defensora de la dieta vegetariana: “Mi cuerpo no es realmente mío. Es un templo de Dios”. El cuarto motivo era que, con su escaso presupuesto, no podía costearse sus fuentes preferidas de proteínas vegetales. Valeria ganaba muy poco dinero haciendo labores de

secretaria para su iglesia, aunque llamaba la atención que ningún otro miembro de la familia con quienes comparte recursos, presente un déficit considerable.

Valeria negó tener otros problemas de alimentación, como atracones, purgas y conductas dirigidas a perder peso. Sin embargo, con respecto al ejercicio físico, refirió que caminaba unas 6-7 horas al día. Negó que esta actividad estuviera motivada por un deseo de quemar calorías.

Al preguntarle por sus tratamientos previos, dijo que había acudido a una nutricionista hace un año, cuando su familia empezó a molestarla por su delgadez, pero que las consultas no le habían parecido nada útiles.

• Señale **muy brevemente** las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado (✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (✗).

1- Trastorno depresivo mayor:

✓

✗

2- Trastorno de Ansiedad Generalizada:

✓

✗

3- Anorexia Nerviosa:

✓

✗

4- Bulimia Nerviosa:

✓

✗

5- Trastorno por atracón:

✓

✗

• Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:

1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Anorexia nerviosa
4. Bulimia nerviosa
5. Trastorno por atracón

Viñeta N°3

Pamela es una auxiliar administrativa de 41 años a quien el médico deriva a una consulta psicológica por referir que está “siempre tensa”. Vive sola y nunca estuvo casada

ni tuvo hijos. Jamás había acudido al psicólogo anteriormente.

Había vivido con su novio de mucho tiempo hasta 8 meses antes, momento en el que él había roto repentinamente la relación para salir con otra mujer. Poco después, Pamela empezó a agobiarse con las tareas cotidianas y la posibilidad de cometer errores en el trabajo. Se notaba extrañamente tensa y fatigada. Le costaba concentrarse. Empezó también a preocuparse excesivamente por el dinero y, para ahorrar, se mudó a un apartamento más barato. Acudía constantemente a sus compañeros de trabajo y a su madre en busca de apoyo y tranquilidad. Nadie parecía serle de ayuda y le preocupaba ser “demasiado pesada”.

Un año antes de la ruptura, había dejado de salir por las noches, temiendo que algo malo iba a ocurrirle y no podría pedir ayuda. Mas recientemente había dejado de salir también por el día. Se sentía también “desprotegida y vulnerable” al ir andando hasta la frutería que tenía a tres cuadras de su casa. Después de describir cómo se las había arreglado para que le llevaran la comida a casa, añadió: “es ridículo. De verdad que creo que va a ocurrir algo terrible en uno de los pasillos y que nadie podrá ayudarme, por lo que ni siquiera me asomo”. En el apartamento, a menudo lograba relajarse y disfrutar de un libro o película.

Pamela dijo que había sido “algo nerviosa desde siempre”. Durante casi toda la época del jardín de infancia había llorado desconsolada cuando la madre trataba de dejarla allí. Nunca le había gustado la soledad. Hasta la ruptura reciente, dijo que siempre se había considerado “bien”. Tenía éxito en el trabajo, hacía deporte a diario, conservaba una red sólida de amistades y no tenía “verdaderos motivos de queja”. Dijo que había estado triste unas semanas cuando el novio la dejó, pero no reconoció haberse sentido inservible, culpable, despreciable, anhedónica o suicida. Dijo que pesaba lo mismo y dormía bien.

• Señale muy brevemente las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado (✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (✗).

1- Trastorno de pánico:

✓

✗

2- Trastorno de Ansiedad Generalizada:

✓

✗

3- Agorafobia:

✓

✗

4- Trastorno depresivo mayor

✓

✗

5- Trastorno de estrés postraumático:

✓

✗

• Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:

1. Trastorno de pánico

2. Trastorno de ansiedad generalizada

3. Agorafobia
4. Trastorno depresivo mayor
5. Trastorno de estrés postraumático

Viñeta N°4

Juana, una mujer en paro, busca tratamiento a los 33 años por presentar ánimo deprimido, pensamientos crónicos de suicidio y aislamiento social. Había pasado los últimos 6 meses encerrada en su departamento, mirando televisión y comprando por Internet más cosas de las que podía permitirse.

Juana era la del medio de tres hermanos. Se había sentido aislada en sus años escolares y había tenido periodos de ánimo deprimido. En la familia se la conocía por sus estallidos de cólera. Le había ido académicamente bien en la secundaria, pero había dejado la facultad por frustraciones con un profesor.

Había intentado una serie de trabajos en prácticas y como becaria con la esperanza de volver a la universidad, pero siempre los dejaba porque “los jefes son idiotas. Dan la impresión de ser estupendos y todos acaban siendo unos retorcidos”. Estos “traumas” siempre la hacían sentirse muy mal consigo misma y enojada con sus jefes. Había salido con hombres cuando era más joven, pero nunca los había dejado acercarse físicamente porque la intimidad le provocaba ansiedad.

Juana contó que en su pasado se había ocasionado cortes superficiales varias veces, con pensamientos persistentes de que preferiría estar muerta. Dijo que estaba normalmente “decaída y deprimida”, pero que había tenido decenas de veces “manías” uno o dos días en las que se notaba llena de energía y tensa y pasaba las noches en vela. Tendía a “derrumbarse” al día siguiente y entonces dormía 12 horas.

Se encontraba en tratamiento psiquiátrico desde los 17 años y la habían ingresado tres veces por sobredosis. Le habían recetado estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y antidepresivos.

Durante la entrevista se presentaba como una mujer de atuendo informal y algo desarreglada que se mostraba colaboradora, coherente y pragmática. Estuvo en general disfórica y con el afecto constreñido. Dijo sentirse avergonzada de su escaso rendimiento, pero también creía que estaba “en la Tierra para hacer algo grande”. Dijo que se iba de los trabajos porque la gente era irrespetuosa. Por ejemplo, refirió que cuando trabajó en un supermercado, la gente solía ser grosera o ingrata. Hacia el final de la sesión se enfadó con el entrevistador porque este miró el reloj (“¿Ya estás aburrido?”).

• Señale **muy brevemente** las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado (✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (✗).

1- Trastorno depresivo mayor:

✓ _____
 ✗ _____

2- Trastorno bipolar II:

✓ _____
 ✗ _____

3- Trastorno de ansiedad social:

✓ _____

x _____

4- Trastorno de personalidad límite:

✓ _____

x _____

5- Trastorno de personalidad evitativo:

✓ _____

x _____

• **Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:**

1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno bipolar II
3. Trastorno de ansiedad social
4. Trastorno de personalidad límite
5. Trastorno de personalidad evitativo

Viñeta N°5

Samuel, un conserje de 52 años, soltero, acude para tratarse una depresión. Llevaba años tomando antidepresivos y realizando psicoterapia, con mejorías leves. Trabajaba a tiempo completo, aunque realizaba algunas actividades fuera del trabajo.

Dijo que estaba bajo de ánimo, no disfrutaba de nada, padecía insomnio, se sentía inútil y le costaba concentrarse y tomar decisiones. Negó tener ideas de suicidio actualmente, pero añadió que, unos meses antes, se había quedado mirando las vías del tren y había pensado en saltar. Refirió que bebía alcohol de vez en cuando pero que no tomaba drogas.

Además, dijo que le preocupaba contraer enfermedades como el VIH. Al notar un olor inusualmente fuerte de desinfectante, el entrevistador preguntó si tenía algún hábito de limpieza especial en relación con la preocupación que sentía por el VIH. Samuel explicó que evitaba tocar prácticamente cualquier cosa fuera de la casa. Al animarlo a seguir, Samuel dijo que, si tan siquiera se acercaba a cosas que pudieran estar contaminadas, tenía que lavarse las manos de manera incesante con lejía doméstica. Se lavaba las manos unas 30 veces al día, empleando horas en esta rutina. Ir a la frutería y usar el transporte público suponían grandes problemas, y casi había dejado de tratar a todo el mundo y de tener relaciones románticas.

Al preguntarle si le preocupaban otras cosas, Samuel dijo que le venían pensamientos intrusivos de pegar a alguien, miedo a decir algo que pudiera resultar ofensivo o inexacto y temor a molestar a sus vecinos. Para contrarrestar la ansiedad que le producían estas imágenes y pensamientos, repetía mentalmente las conversaciones previas, llevaba diarios de lo que decía y a menudo se disculpaba por miedo a haber sonado insultante. Al ducharse, procuraba que el agua solo llegara en la bañera a determinado nivel, por miedo a despistarse e inundar a sus vecinos. Utilizaba guantes en el trabajo y rendía bien. No tenía enfermedades físicas. Pasaba la mayor parte del tiempo libre en casa. Aunque le gustaba la compañía de otras personas, el miedo a tener que tocar algo si lo invitaban a comer o a casa de alguien era demasiado para él.

- Señale **muy brevemente** las características del caso que se ajustan al

diagnóstico presentado(✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (x).

1- Trastorno Delirante:

✓

x

2- Trastorno de Ansiedad Generalizada:

✓

x

3- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:

✓

x

4- Trastorno obsesivo-compulsivo:

✓

x

5- Trastorno depresivo mayor:

✓

x

• Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:

1. Trastorno delirante
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
4. Trastorno obsesivo-compulsivo
5. Trastorno depresivo mayor

Viñeta N°6

Juan es un joven de 25 años, soltero y desocupado. Después de una niñez normal, comenzó a presentar un ánimo disfórico, anhedonia, falta de energía y aislamiento social a los 15 años. Al mismo tiempo, comenzó a beber alcohol y fumar marihuana a diario.

Además, empezó a sufrir episodios de crisis marcadas por la aparición súbita de palpitaciones, sudoración y pensamientos de que iba a morir.

Recibió antidepresivos en dos ocasiones. En ambos casos, los síntomas depresivos más intensos cedieron en pocas semanas y el paciente dejó el medicamento a los pocos meses. Entre estos episodios de depresión intensa se le veía triste, irritable y desmotivado.

El rendimiento académico empeoró durante el secundario y no fue a la universidad.

A los 20 años, Juan presentó un episodio psicótico en el que estaba convencido de que había asesinado a gente cuando tenía 6 años. Estaba totalmente seguro de que aquello había ocurrido, lo que confirmaban voces que lo acusaban de ser un asesino. Estaba convencido de que los otros lo castigarían por lo ocurrido y por esotemía por su vida. La culpa intensa lo llevó a intentar matarse cortándose las venas, lo que condujo a su ingreso

en un hospital psiquiátrico. Luego de varias semanas de delirios y alucinaciones en relación a la convicción de que había asesinado a alguien, se presentaron durante un mes anhedonia prominente, sueño con mala calidad, falta de apetito y poca capacidad de concentración. Este patrón sintomático se dio dos veces más antes de cumplir los 22 años.

En los antecedentes de Juan, estaba el abuso de marihuana y alcohol. Antes de la aparición de la psicosis a los 20 años, había fumado varios cigarrillos de marihuana casi diariamente y había bebido masivamente los fines de semana. Después de los primeros episodios psicóticos, redujo el consumo de marihuana y alcohol considerablemente, pasando por dos periodos de abstinencia de varios meses, y aun así siguió teniendo episodios psicóticos hasta los 22 años. Empezó a asistir a grupos de Narcóticos Anónimos, logró la sobriedad sin marihuana y alcohol a la edad de 23 años y ha permanecido sobrio durante 2 años.

• Señale **muy brevemente** las características del caso que se ajustan al diagnóstico presentado(✓) y las que no se ajustan al diagnóstico (✗).

1- Trastorno delirante:

✓

✗

2- Trastorno bipolar I:

✓

✗

3- Trastorno esquizoafectivo:

✓

✗

4- Trastorno por consumo de sustancias (en remisión):

✓

✗

5- Trastorno depresivo mayor:

✓

✗

• Seleccione el diagnóstico que considera adecuado:

1. Trastorno delirante
2. Trastorno Bipolar I
3. Trastorno esquizoafectivo
4. Trastorno por consumo de sustancias (en remisión)
5. Trastorno depresivo mayor

7.5 Salidas estadísticas

7.5.1. Descripción de la muestra

Tabla de frecuencia. Grupo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Control	30	50,0	50,0	50,0
	Experimental	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla de frecuencia. Género.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Varón	11	18,3	18,3	18,3
	Mujer	49	81,7	81,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Estadísticos. Edad.

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		23,65
Mediana		23,00
Moda		23
Desv. Desviación		3,414
Mínimo		21
Máximo		43

Tabla de frecuencia. Edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21	12	20,0	20,0	20,0
	22	14	23,3	23,3	43,3
	23	15	25,0	25,0	68,3
	24	4	6,7	6,7	75,0
	25	3	5,0	5,0	80,0
	26	5	8,3	8,3	88,3
	27	3	5,0	5,0	93,3

28	1	1,7	1,7	95,0
29	1	1,7	1,7	96,7
32	1	1,7	1,7	98,3
43	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabla de frecuencia. Año.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4to año	23	38,3	38,3	38,3
	5to año	31	51,7	51,7	90,0
	Tesista	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

7.5.2. Precisión en el diagnóstico

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Casos				
	Válido Porcentaje	Perdido		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 1 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 2 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 3 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 4 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 5 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 6 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico General * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 1*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 1	40,00	0	1	1
	60,00	1	8	9
	80,00	9	5	14
	100,00	20	16	36
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 2*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 2	60,00	1	2	3
	80,00	3	1	4
	100,00	26	27	53
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 3*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 3	40,00	3	2	5
	60,00	5	11	16
	80,00	16	11	27
	100,00	6	6	12
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 4*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 4	40,00	1	2	3
	60,00	12	19	31
	80,00	8	7	15
	100,00	9	2	11
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 5*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 5	20,00	0	2	2
	40,00	5	7	12
	60,00	3	4	7
	80,00	13	14	27
	100,00	9	3	12
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico en Viñeta 6*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 6	20,00	0	1	1
	40,00	2	2	4
	60,00	6	5	11
	80,00	14	14	28
	100,00	8	8	16
Total		30	30	60

Tabla cruzada Precisión en el diagnóstico General*Grupo

Recuento

		Grupo		Total
		Control	Experimental	
Precisión en el diagnóstico General	56,67	0	1	1
	63,33	1	2	3
	66,67	0	4	4
	70,00	2	1	3
	73,33	2	4	6
	76,67	3	2	5
	80,00	2	5	7
	83,33	8	4	12
	86,67	3	4	7
	90,00	4	2	6
	93,33	5	1	6
Total		30	30	60

Medias

Resumen de procesamiento de casos

	Casos				
	Incluido Porcentaje	N	Excluido Porcentaje	N	Total Porcentaje
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 1 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 2 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 3 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 4 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 5 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico en Viñeta 6 * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
Precisión en el diagnóstico General * Grupo	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Informe precisión en el diagnóstico

Grupo		Viñeta	Viñeta	Viñeta	Viñeta	Viñeta	Viñeta	General
		1	2	3	4	5	6	
Control	Media	92,66	96,66	76,66	76,66	77,33	78,66	83,11
	Mediana	100,00	100,00	80,00	80,00	80,00	80,00	83,33
	N	30	30	30	30	30	30	30
	Desv.	11,12	9,22	17,48	18,25	20,83	17,36	7,92
Experimental	Media	84,00	96,66	74,00	66,00	66,00	77,33	77,33
	Mediana	100,00	100,00	80,00	60,00	80,00	80,00	80,00
	N	30	30	30	30	30	30	30
	Desv.	19,23	10,61	17,54	14,04	22,98	20,16	9,28
Total	Media	88,33	96,66	75,33	71,33	71,66	78,00	80,22
	Mediana	100,00	100,00	80,00	60,00	80,00	80,00	83,33
	N	60	60	60	60	60	60	60
	Desv.	16,17	9,85	17,41	17,02	22,48	18,66	9,03

Precisión en el diagnóstico General * Año

Precisión en el diagnóstico General

Año	Media	N	Desv. Desviación
4to año	83,0435	23	7,51517
5to año	77,6344	31	10,04411
Tesista	82,7778	6	4,90653
Total	80,2222	60	9,03783

Estadísticos Descriptivos

		Grupo	Estadístico	Error estándar	
Precisión en el diagnóstico General	Control	Media	83,1111	1,44665	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	80,1524	
			Límite superior	86,0698	
		Media recortada al 5%		83,5185	
		Mediana		83,3333	
		Desviación estándar		7,92365	
		Mínimo		63,33	
		Máximo		93,33	
	Experimental	Media		77,3333	1,69441
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	73,8679	
			Límite superior	80,7988	
		Media recortada al 5%		77,5309	
		Mediana		80,0000	
		Varianza		86,130	
		Desviación estándar		9,28064	
		Mínimo		56,67	
	Máximo		93,33		
	Rango		36,67		
	Rango intercuartil		15,00		
	Asimetría		-,344	,427	
	Curtosis		-,663	,833	

Pruebas de normalidad

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Precisión en el diagnóstico General	Control	,178	30	,016	,934	30	,062
	Experimental	,146	30	,100	,963	30	,363

a. Corrección de significación de Lilliefors

Prueba de homogeneidad de varianzas

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Precisión en el diagnóstico General	Se basa en la media	1,690	1	58	,199
	Se basa en la mediana	1,209	1	58	,276
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,209	1	56,769	,276
	Se basa en la media recortada	1,708	1	58	,196

Prueba de Mann-Whitney

Rangos

	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Precisión en el diagnóstico General	Control	30	35,88	1076,50
	Experimental	30	25,12	753,50
	Total	60		

Estadísticos de prueba^a

Precisión en el diagnóstico General

U de Mann-Whitney	288,500
W de Wilcoxon	753,500
Z	-2,406
Sig. asintótica(bilateral)	,016

a. Variable de agrupación: Grupo

Estadísticos^a

Precisión en el diagnóstico General

N	Válido	30
	Perdidos	0

Mediana	83,3333
Rango	30,00

a. Grupo = Control

Estadísticos^a

Precisión en el diagnóstico General

N	Válido	30
	Perdidos	0
Mediana		80,0000
Rango		36,67

a. Grupo = Experimental

Precisión en el diagnóstico

Grupo		Viñeta 1	Viñeta 2	Viñeta 3	Viñeta 4	Viñeta 5	Viñeta 6
Control	Media	92,6667	96,6667	76,6667	76,6667	77,3333	78,6667
	Mediana agrupada	93,1034	97,2414	78,0952	76,0000	80,9091	80,0000
Experimental	Media	84,0000	96,6667	74,0000	66,0000	66,0000	77,3333
	Mediana agrupada	86,6667	97,8571	73,6364	65,3846	68,8889	80,0000
Total	Media	88,3333	96,6667	75,3333	71,3333	71,6667	78,0000
	Mediana agrupada	90,4000	97,5439	75,8140	70,0000	74,7059	80,0000

Precisión en el diagnóstico según grupo

	Viñeta 1	Viñeta 2	Viñeta 3	Viñeta 4	Viñeta 5	Viñeta 6
U de Mann-Whitney	351,500	437,500	401,500	304,000	323,000	445,000
W de Wilcoxon	816,500	902,500	866,500	769,000	788,000	910,000
Z	-1,662	-,332	-,764	-2,355	-1,989	-,079
Sig. asintótica(bilateral)	,097	,740	,445	,019	,047	,937