

# **EXAMEN PIR COMENTADO CONVOCATORIA 2022**

**Equipo docente de CEDE**

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

ISBN: 978-84-18241-86-4  
Depósito Legal:M-8811-2023  
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

**ES PROPIEDAD DE:**



**CENTRO DOCUMENTACIÓN  
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

**© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS**

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

## *Nota Preliminar*

**CEDE**, un año más edita el examen comentado de la última convocatoria, (***convocatoria 2022, examen enero 2023***).

En una **primera parte** incluimos el texto íntegro con todas las preguntas ordenadas según la versión 0, finalizando con la plantilla de respuestas que el Ministerio ha dado como correctas.

En la **segunda parte** recogemos los comentarios que justifican las respuestas correctas a cada una de las preguntas, considerando las opciones de respuestas planteadas en el enunciado de la pregunta. En esta segunda parte el conjunto de preguntas están clasificadas por materias y temas, con el objetivo de facilitar su incorporación a los manuales, en el apartado de: preguntas PIR de convocatorias anteriores.

Los comentarios que argumentan las respuestas correctas han sido elaborados por los profesores encargados de cada una de las materias, este es el motivo por el cual no quisiera terminar esta nota sin dar las gracias a nuestro equipo de profesores, son ellos los que hacen posible esta publicación tan valorada por nuestros alumnos.

La Jefatura de Estudios

# **EXAMEN PIR COMENTADO CONVOCATORIA 2022**

**Equipo docente de CEDE**

01

**PSICOPATOLOGÍA****TEMA 3**

037. Respecto de la Teoría de Redes (TR) sobre el diagnóstico en depresión, señale la opción correcta:

- 1) Concibe los problemas psicológicos como elementos emergentes de un trastorno o enfermedad latente.
- 2) Considera que los síntomas y sus retroalimentaciones dinámicas son en sí mismos el problema y no una entidad latente.
- 3) Mantiene la idea de los sistemas politéticos de clasificación, tales como el DSM y la CIE.
- 4) La comorbilidad es entendida como la existencia de una serie de entidades esenciales que conectan dos tipos de redes de síntomas.

**RC: 2.** En esta convocatoria nos encontramos con la primera pregunta sobre Modelos de Red y Psicopatología. La teoría de redes (TR) en psicopatología surge como una alternativa conceptual a los sistemas diagnósticos actuales. Concibe los problemas psicológicos como cadenas de síntomas causalmente relacionados entre sí y no como elementos emergentes de un trastorno o enfermedad latente. Los síntomas y sus retroalimentaciones dinámicas son en sí misma el problema y no una supuesta realidad latente (Vázquez y Sanz, 2020). **(Opción 2 correcta).**

La TR utiliza análisis matemáticos y análisis de grafos para representar esas redes. Esto permite representar los signos y síntomas (y otros elementos relevantes de la red) e identificar la magnitud de la relación entre los mismos (representada por el grosor del trazo de las conexiones) y su posible causalidad (Vázquez y Sanz, 2020). Los índices de centralidad reflejan los síntomas centrales (los síntomas más interconectados con otros), siendo esto fundamental para identificar objetivos de intervención prioritarios. Vázquez y Sanz (2020) destacan que esta perspectiva se aproxima conceptualmente al análisis funcional individual que se utiliza en Psicología Clínica, aunque las conexiones mostradas en la red se sirvan de análisis matemáticos (podríamos pensar que el resultado es análogo a un “análisis funcional” de una problemática utilizando muchos sujetos). La comorbilidad se resuelve por la existencia de una serie de síntomas puente que conectan dos tipos diferentes de redes.

Desde el modelo de red los **trastornos psicológicos** serían constelaciones dinámicas de conductas (estados mentales, signos, síntomas, rasgos, dimensiones, etc) que se encuentran relacionados de forma causal, esto es, impactan o interactúan mutuamente entre sí. Este acercamiento rechaza el modelo biomédico de “causa latente común”

donde una variable subyacente sería la causa que explica la covarianza entre los síntomas. En el modelo, los síntomas y sus relaciones dinámicas serían la causa, no una supuesta enfermedad latente (llamada esquizofrenia, depresión, etc). No hay que buscar más allá (Fonseca Pedro, 2021).

Los problemas psicológicos se hallarían en las conexiones o en los patrones de relaciones que se establecen –o no– entre los diferentes componentes de la red.

Según el modelo de redes en psicopatología, la presencia y covariación sintomática en salud mental no se produce porque exista una enfermedad o trastorno mental latente (Borsboom y Cramer, 2013). Por el contrario, los “problemas de la vida” son, en buena medida, el resultante de las interacciones dinámicas y causales entre los propios síntomas (Borsboom, 2017) (Blanco, 2019). Frente a la visión un tanto estática del diagnóstico categorial (habitualmente entendido como una especie de foto fija denotando la presencia de síntomas), los modelos de redes en psicopatología también permiten evaluar cambios dinámicos de las redes a través del tiempo (Blanco, 2019).

Esta perspectiva dinámica permite valorar también trayectorias en la evolución de síntomas y sus interconexiones. La TR plantea el problema de la **comorbilidad** desde un ángulo diferente. La clave de que una red de síntomas relacionados con la ansiedad, por ejemplo, se relacione a su vez con una red de síntomas de depresión, se debe a la existencia de algunos «síntomas puente» que empíricamente conectan ambas redes (Borsboom y Cramer, 2013; Cramer et al., 2010). La activación de estos síntomas puede propagarse a redes próximas con las que se conectan. De este modo, la comorbilidad se vería como una oportunidad para desentrañar relaciones funcionales significativas entre determinados síntomas y algunas redes (Vázquez, 2017).

Según Borsboom (2017), los denominados trastornos mentales podrían entenderse como una especie de cristalización de procesos de activación entre síntomas incluso después de que la causa desencadenante del trastorno haya desaparecido. Este mantenimiento de la activación se ha denominado histéresis y se observaría fundamentalmente en redes de síntomas fuertemente conectados (Vázquez, 2017).

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 3.
- Vázquez, C., Roca, P., Poyato, N., y Pascual, T. (2017). Teoría de redes en psicopatología: Una alternativa radical a los sistemas diagnósticos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Progresos y crisis en Psicología clínica: Tratamientos basados en la evidencia y crisis del diagnóstico* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología. Iván Blanco, Alba Contreras, Carmen Valiente,

Regina Espinosa, Inés Nieto y Carmelo Vázquez, 2019). Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 27, N° 1, 2019, pp. 87-106.

- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

## TEMA 4

069. ¿Cuál de las siguientes características es FALSA para la desrealización?:

- 1) Es una experiencia subjetiva que implica cambio, extrañeza o irrealidad con respecto al entorno y al mundo que rodea a la persona.
- 2) La persona tiene la convicción firme delirante de que el entorno ha cambiado de un modo sutil, pero inquietante y difícil de definir, y está convencida de que está involucrada personalmente en tales cambios.
- 3) Puede aparecer en los mismos trastornos mentales que la despersonalización, así como en las mismas situaciones dentro de la población general.
- 4) Se considera una reacción disociativa en la que la persona experimenta una pérdida subjetiva de la experiencia de la realidad.

**RC: 2.** La despersonalización (*bien como síntoma, bien como trastorno*), es un concepto que ha caído en repetidas ocasiones en el examen. La **despersonalización** designa un cambio particular en la consciencia del sí mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal, como si uno fuera observador externo de su propio cuerpo o de sus procesos mentales. Se suele acompañar de desrealización, término usado por Mapother para denotar un cambio similar en la consciencia del mundo externo. Es decir, el paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de sí mismo o del entorno. En ambos casos, la persona sigue siendo consciente de estas contradicciones entre su experiencia subjetiva y la realidad objetiva, pero es “como si” no fueran reales (**“permanece intacto el sentido de realidad”**). Esta es una característica central que hace la opción 2 sea falsa a afirmar que mantiene la CONVICCIÓN DELIRANTE (**opción 2 correcta por tanto en esta pregunta**).

La despersonalización es un síntoma que ocurre en el trastorno por angustia, en la depresión, en la esquizofrenia, y en cualquiera de estas condiciones se ha de considerar como un fenómeno secundario. Sin embargo, hay ocasiones en que la despersonalización parece ser la experiencia primaria y los otros síntomas son los secundarios, y en consecuencia éste deberá ser el diagnóstico principal.

Ver también pregunta 178 (2002), 180 (2003), 190 (2004), y 58 (2009), 40 (2010), 39 (2011) y 151 (2015).

- Manual CEDE 7ª Edición. Psicopatología. Tema 4.

- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

## TEMA 6

110. Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones incluye la evaluación de los patrones de afrontamiento (resistencia y compromiso):

- 1) Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985; FonsecaPedrero et al., 2010).
- 2) Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS; Haddock et al., 1999; González et al., 2003).
- 3) Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQR; Chadwick et al., 2000; Robles García et al., 2004).
- 4) Voice Power Differential Scale (VPDS; Birchwood et al., 2000).

**RC: 3.** La evaluación y tratamiento de las alucinaciones forma parte de la historia personal del paciente, sus relaciones interpersonales, su entorno, etc. Los elementos a tener en cuenta en la evaluación se ajustan al esquema clásico A-B-C para la evaluación

1. Antecedentes de la alucinación: condiciones actuales en las que aparecen las alucinaciones
2. Alucinación como evento activador (A)
  - Forma
  - Localización
  - Síntomas concurrentes
  - Topografía de las voces
3. Creencias asociadas a la alucinación (B)
  - Creencias sobre la identidad y propósito
  - Creencias sobre la omnipotencia
  - Creencias de obediencia
  - Creencias evaluativas
4. Consecuencias (C)
  - Patrones de afrontamiento
  - Enganche o compromiso
  - Resistencia
  - Indiferencia
  - Respuestas fisiológicas
  - Afecto y estado de ánimo

Además del análisis funcional de la experiencia alucinatoria, es interesante completar la evaluación con escalas, tanto de las alucinaciones como de las creencias asociadas a las mismas. Las más importantes son:

- 1- Escalas para la valoración de Alucinaciones:

- LSHS-R (Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R). Bental y Slade (1985), adaptada por Fonseca Pedrero et al (2010). Autoinforme. Mide 4 dominios:
  - Factor 1: pensamientos intrusos
  - Factor 2: ensoñaciones vívidas
  - Factor 3: alucinaciones multimodales
  - Factor 4: alucinaciones visuales y auditivas
- PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales).
- AHS (Auditory Hallucination Scale). Escala de alucinaciones auditivas.
  - Haddock et al (1999). Adaptada por González et al (2003).
  - Mide dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas en 11 ítems.

2-Escalas para medir Creencias, patrones de afrontamiento y relación con las voces

- BAVQ-R (Beliefs About Voices Questionnaire). Chadwick et al (2000). Adaptado por Robles García et al (2004). Autoinforme.
- Mide:
  - Creencias sobre las voces
    - Malevolencia
    - Benevolencia
    - Omnipotencia
  - Patrones de afrontamiento
    - Resistencia
    - Compromiso
- VPDS (Voice Power Differential Scale). Birchwood et al (2000). Autoinforme. 7 dimensiones.
  - Diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente
  - Dimensiones: fuerza, confianza, respeto, capacidad de hacer daño, superioridad y conocimiento

La escala BAVQ-R (**opción 2 correcta**) mide Creencias sobre las Voces y Patrones de afrontamiento: resistencia y compromiso

- Manual CEDE (Edición 2022).. Psicopatología. Tema 6.

- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

## TEMA 8

034. ¿Qué caracteriza a la preocupación patológica (o worry)?:

- 1) Se experimenta como una autoafirmación negativa, autodespreciativa, automática, plausible y breve, que no se relaciona con la búsqueda de soluciones.

- 2) Se experimenta como una cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, que representa un intento improductivo de resolución mental de problemas futuros.
- 3) Se experimenta como una cadena de pensamientos centrada de forma repetitiva y pasiva en los síntomas de malestar emocional, así como en sus posibles causas y consecuencias, y cuyo contenido también puede estar centrado en acontecimientos negativos del pasado.
- 4) Son creencias anómalas y extrañas que se mantienen con una convicción elevada.

RC: 2. Dentro de los trastornos del contenido del pensamiento en Belloch (2020) se recogen:

### Principales trastornos del contenido del pensamiento

1. Pensamientos repetitivos negativos
  - Worry o Preocupación
  - Rumiación
  - Pensamientos automáticos negativos
  - Obsesiones y pensamientos intrusos
2. Idea sobrevalorada
3. Ideación autolítica
4. Delirios
5. Creencias disfuncionales

Dentro de los pensamientos repetitivos negativos se recogen 4:

- 1-Worry o preocupación
- 2-Rumiación
- 3- Pensamientos automáticos negativos
- 4- Obsesiones y pensamientos intrusos

Todos los pensamientos repetitivos comparten las siguientes características:

- Intrusividad
- Recurrencia (repetitividad) e incontrolabilidad
- Contenido negativo
- Improductivos
- Consumen gran cantidad de recursos mentales
- Pueden ser de temática variada
- Aparecen en población clínica y normal

La **preocupación o Worry** es una cadena de pensamientos sobre el futuro, cargada de afecto negativo, relativamente incontrolable. Representa un intento de solución mental de problemas con resultado incierto aunque con alta probabilidad de que sea negativo (**opción 2 correcta**). Las preocupaciones en sí mismas no son patológicas. Se pueden convertir en disfuncionales cuando son improductivas, consumen mucho más tiempo del desagradable, son difíciles de controlar e interfieren en la vida de la persona. Apa-

recen en ansiedad, TAG, ansiedad por la enfermedad o hipocondría, depresión, insomnio y TOC.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 8.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

### TEMA 9

022. Con respecto de los síndromes afásicos corticales, señale la opción correcta:

- 1) La depresión y la hemiplejía derecha se encuentran entre los problemas característicos de la afasia transcortical mixta.
- 2) Las lesiones ttemporo-parietales y ttemporo-occipitales se relacionan con la afasia sensorial transcortical.
- 3) La repetición no está afectada en la afasia sensorial transcortical y en la afasia anómica amnésica.
- 4) La comprensión auditiva suele ser pobre en la afasia anómica amnésica.

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

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

	Com- prensión	Repe- tición	AFASIAS	BASE BIOLÓGICA
FLUI- DAS	BC	BR	Anómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporo-occipital</li> </ul>
		MR	Conduc- ción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parietal</li> <li>• Zona del fascículo ar- queado</li> </ul>
	MC (senso- riales)	BR	Sensorial trancortical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ttemporo- parietal</li> <li>• Ttemporo- occipital</li> </ul>
		MR	Wernicke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporal</li> <li>• 1 circunvolu- ción</li> <li>• Sector poste- rosuperior</li> </ul>

NO FLUI- DAS	BC	BR	Motora transcorti- cal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontal (por encima Broca)</li> <li>• Circuido desde área motora suplementaria, fascículo subcalloso hasta los Ganglios Basales y área de Broca</li> </ul>
		MR	Broca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontal,</li> <li>• 3 cirunvolu- ción</li> <li>• Sección oper- cular y triangul- lar (posterior inferior)</li> </ul>
	MC	BR	Transcor- tical mixta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zonas cirun- dantes al cór- tex perisilviano</li> </ul>
		MR	Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectación extensa tem- poral y frontal</li> </ul>

Teniendo en cuenta las opciones planteadas, la pregunta fue **anulada porque tanto la 2 como la 3 son correctas.**

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 9.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

### TEMA 10

023. Señale en cuál de los siguientes modelos de regulación emocional se proponen tres componentes básicos, a saber, autocompasión, autoestímulo y autoinstrucción activa, para lograr el autoapoyo efectivo:

- 1) Modelo de regulación emocional de Gross (1998, 2011).
- 2) Modelo de afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking y Whitley (2014).
- 3) Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional de Hervás (2011).
- 4) El modelo de terapia dialéctica-conductual de Linehan (1993).

**RC: 2.** En esta convocatoria 2022 es la primera vez que nos encontramos preguntas centradas específicamente sobre modelos de Regulación Emocional. La RE (regulación emocional) es el conjunto de procesos (automáticos y controlados) mediante los cuales las personas tratan de atender, evaluar y redirigir el flujo espontáneo de nuestras emociones de acuerdo a nuestras necesidades, objetivos y



demandas contextuales. El objetivo de la RE es inducir un cambio en el sistema de generación de emociones (Gross et al, 2011).

En el funcionamiento de nuestras emociones se habla de dos procesos importantes: generación de emociones y regulación emocional (RE). Ambos procesos comparten mecanismos, y no siempre es fácil diferenciarlos claramente. Dentro de los modelos que intentan explicar el funcionamiento de la Regulación Emocional se diferencian dos tipos principales, los que se centran en las estrategias y los que se centran en las habilidades. Para muchos autores, ambos modelos (estrategias vs habilidades) están interconectados, y la relación entre ambos procesos es bidireccional

De los Modelos centrados en Estrategias el más conocido e investigado es el **Modelo de Gross de Regulación Emocional** (1998, 2011).

De los Modelos centrados en Habilidades uno de los más destacados es el **Modelo de Afrontamiento adaptativo de las emociones de Berking y Whitley (2014)**. El modelo de Berking y Whitley (2014) surge en el estudio de RE y trastornos mentales. Para el modelo, la RE adaptativa es una interacción entre contexto y 7 habilidades de regulación de emociones:

- **SER CONSCIENTE** de las propias emociones y diferenciar
- **IDENTIFICAR Y ETIQUETAR**, es decir, emparejar experiencia emocional con etiqueta. Nos da información sobre posible propósito, etc
- **IDENTIFICAR CAUSAS Y MANTENEDORES**, ayuda en encontrar sentido o significado
- **MODIFICAR ACTIVAMENTE** las emociones de manera adaptativa (calidad, intensidad, duración, etc)
- **ACEPTAR Y TOLERAR EMOCIONES NEGATIVAS**, especialmente cuando no pueden ser cambiadas, o su coste es demasiado elevado
- **AFRONTAR SITUACIONES QUE GENERAN EMOCIONES NEGATIVAS**, cuando es necesario para lograr otros objetivos a largo plazo
- **“AUTO-APOYO-EFECTIVO”**: darse apoyo en situaciones estresantes. Los autores hablan de 3 componentes básicos: Autocompasión: empatía hacia uno mismo. Ayuda a generar distancia útil entre el yo que se observa y el que sufre. Disminuye la autocrítica, culpa, vergüenza, etc; Autoestímulo: calmarse y animarse a uno mismo, recordando que se han superado emociones difíciles en el pasado; y Autoinstrucción activa, donde el “yo observador” guía con autoinstrucciones al “yo” que sufre (**opción 2 correcta**).

El modelo considera que las habilidades más relevantes para la salud mental son las relacionadas con aceptar y tolerar las emociones negativas y la capacidad para modificarlas (Belloch, 2020).

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 10.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

024. Señale cuáles son las cuatro etapas del modelo ampliado de regulación emocional de Gross (2015):

- 1) Identificación, selección, implementación y monitorización.
- 2) Conciencia, identificación y etiquetación, identificación de factores causales y mantenedores, y modificación activa de emociones.
- 3) Identificación, aceptación, afrontamiento y autoapoyo.
- 4) Apertura emocional, aceptación emocional, análisis emocional y modulación emocional.

**RC: 1.** Tal y como hemos comentado en la pregunta 23 de esta convocatoria, el **Modelo de Gross de Regulación Emocional** (1998, 2011) es un modelo centrado en las Estrategias. Es el modelo más extendido e investigado en el ámbito de la Regulación Emocional. Para este modelo, las emociones que tenemos y la forma de expresarlas están influidas por el tipo de estrategia de RE que utiliza la persona en cada punto del proceso (selección de la situación, modificación de la situación, despliegue de la atención, cambio cognitivo y modulación de la respuesta).

Gross (2015) reformula su modelo en 4 etapas para prestar atención no sólo a las estrategias, sino a la importancia de otras etapas en la RE. Propone 4 etapas, enfatizando los procesos de evaluación/valoración pues en cada etapa se toma una decisión (consciente o no). Las 4 etapas son: **identificación, selección, implementación y monitorización (opción 1 correcta)**.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 10.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

031. Señale qué alteración formal del pensamiento presenta un paciente que muestra un discurso muy indirecto para contestar a las preguntas que se le formulan, aunque finalmente acaba contestando. Cuando explica algo aporta muchos detalles irrelevantes (pero con alguna relación con el tema principal), tediosos y, a veces, hace comentarios entre paréntesis excesivos:

- 1) Pérdida de meta.
- 2) Circunstancialidad.
- 3) Habla distraída.
- 4) Descarrilamiento.

**RC: 2.** Dentro de los trastornos del pensamiento existe una distinción básica entre trastornos formales y trastornos del contenido (delirios). Dentro de los trastornos formales del

pensamiento hay que conocer a fondo las principales categorías diagnósticas (son objeto de examen con frecuencia). En este sentido, la Escala de Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (1979) de Nancy Andreasen nos permite agrupar y estudiar fácilmente esos trastornos del pensamiento. La autora propone 18 categorías (y añade las definiciones a cada una de ellas).

Las 18 categorías propuestas por la autora se resumen en la siguiente tabla:

Escala de Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (1979)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pobreza del habla o habla lacónica (discurso compuesto por respuestas monosilábicas).</li> <li>2. Pobreza del contenido del habla (habla vacía, alogia o trastorno formal negativo del pensamiento): lenguaje vago, repetitivo, estereotipado, da poca información, con respuestas largas.</li> <li>3. Presión del habla (habla apresurada y logorrea): habla rápida, difícil de interrumpir, etc.</li> <li>4. Habla distraída (discurso divergente): cambia de tema en respuesta a estímulos inmediatos.</li> <li>5. Tangencialidad (respuestas oblicuas, tangenciales o irrelevantes).</li> <li>6. Descarrilamiento (pérdida de asociaciones y fuga de ideas): falta de una adecuada conexión, frases correctas pero inconexas.</li> <li>7. Incoherencia (ensalada de palabras, esquizoafasia y paragramatismo): falta de una adecuada conexión entre las palabras, frases sin sentido.</li> <li>8. Ilógica.</li> <li>9. Resonancias (selección de palabras en función del sonido).</li> <li>10. Neologismos.</li> <li>11. Aproximaciones a palabras (uso no convencional de palabras o creación de pseudopalabras).</li> <li>12. Circunstancialidad (detalles tediosos, el discurso para un objetivo es indirecto).</li> <li>13. Pérdida de meta (fracaso en seguir la cadena de pensamiento hasta su conclusión).</li> <li>14. Perseveración (repetición persistente de palabras o ideas).</li> <li>15. Ecolalia (repetición en eco de palabras o frases del interlocutor).</li> <li>16. Bloqueo (interrupción del habla antes de contemplar un pensamiento o idea).</li> <li>17. Habla afectada (habla pomposa, distante y excesivamente culta).</li> <li>18. Autorreferencia (llevar el tema hacia sí mismo, aunque sea un tema neutro).</li> </ol>

En esta pregunta se remiten la definición literal de la circunstancialidad. En este caso, el discurso para alcanzar una idea "objetivo" es indirecto. El hablante llena el discurso con detalles tediosos y paréntesis o apartados (incorporando detalles excesivos e irrelevantes, aunque sí llega a

alcanzar la idea final) (**opción 2 correcta**).

Ver también 50 (2010), 57 (2016)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 10.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

032. ¿Bajo qué tipo de delirio se engloban las experiencias de lectura del pensamiento, transmisión del pensamiento, robo del pensamiento y alienación del pensamiento?:

- 1) Delirio de suplantación.
- 2) Delirio de referencia o alusión.
- 3) Delirio de control o pasividad.
- 4) Delirio de persecución.

**RC: 3.** Una **idea delirante** se define como una creencia anómala en el sentido de que su contenido es extraño, improbable o absurdo y no compartido por los otros miembros del grupo social de referencia, a pesar de lo cual, se mantiene con gran convicción. Tienen referencias personales y son fuente de malestar subjetivo o interfieren negativamente con el normal desarrollo social y personal del individuo. Una característica central es el grado de certeza absoluto: la persona que lo tiene está convencida sin ningún género de duda de su contenido. Algunas de las temáticas más importantes para el examen según su contenido son:

#### Delirios en función del contenido

1. Delirio de ser controlado
2. Idea delirante corporal
3. Idea delirante de celos
4. Idea delirante de grandeza
5. Idea delirante de pobreza
6. Idea delirante de referencia
7. Idea delirante extravagante
8. Idea delirante nihilista
9. Idea delirante persecutoria
10. Delirio de culpa
11. Síndrome de Capgras o Sosías
12. Delirio de amor o Síndrome de Clerambault
13. Delirio parafrénico
14. Delirio de paramentos
15. Síndrome de Ekbon

La clasificación de los delirios se ha centrado casi siempre en los temas o contenidos sobre los que pueden versar. En este sentido el **delirio de control (opción 3 correcta)** describe las situaciones en las que el paciente experimenta que los sentimientos, los impulsos, los pensamientos o los actos son vividos como si estuvieran bajo el control de

alguna fuerza externa más que bajo uno mismo (DSM-IV-TR, 2002). El requisito básico de este tipo de delirio es una sensación subjetiva intensa de estar bajo control. No están incluidas las creencias o ideas simples tales como que el paciente actúa como enviado por Dios o que tiene amigos o parientes que tratan de coaccionarlo para que haga algo. En cambio, el paciente debe manifestar que, por ejemplo, su cuerpo está poseído por una fuerza extraña que le hace moverse de forma peculiar, o que se están enviando mensajes a su cerebro a través de ondas de radio que le hacen experimentar una sensación particular y que él reconoce como ajena. Delirios típicos de esta categoría son la **alienación del pensamiento, el robo del pensamiento o la transmisión del pensamiento**. Y dentro de esta temática (dentro de los delirios de control) puede aparecer el tema de la influencia o control del pensamiento. Los delirios de influencia son típicos de la esquizofrenia. La influencia (cuando aparece en la temática del delirio) puede adoptar diferentes formas: influencia y control de su conducta en determinadas situaciones (por ejemplo voces que le ordenan lo que tiene que hacer); fenómenos de inserción de pensamiento, fenómenos de control de pensamiento (el paciente tiene la sensación de que una fuerza ajena a él controla sus pensamientos), etc. En la difusión del pensamiento (pensamiento sonoro o **transmisión del pensamiento** o eco del pensamiento) el paciente tiene la creencia de que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlo. En ocasiones el paciente siente sus pensamientos como si fueran una voz externa a él; esto es, a la vez una alucinación auditiva y un delirio. En la **irradiación o lectura del pensamiento** los pueden leer los pensamientos (no escucharlos)

Ver también 77 (2014)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 10.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

071. ¿Cómo se denomina el sentimiento exagerado y/o desproporcionado de bienestar, en el que la persona se siente llena de energía, alegre y optimista, que puede ocurrir en el transcurso de un episodio maniaco o hipomaniaco?:

- 1) Paratimia.
- 2) Elación.
- 3) Labilidad.
- 4) Hiperarousal.

RC: 2. El afecto (DSM-5, 2013) se define como una conducta que expresa la experiencia subjetiva de un estado de ánimo (emoción). La palabra afecto se refiere a estados emocionales cambiantes, mientras que el humor designa emociones sostenidas y duraderas. Entre las principales

alteraciones de la afectividad (Belloch, 2020) se encuentran:

#### TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD: CLASIFICACIÓN

1. CUANTITATIVOS -continuum-
  - a) Eutimia
  - b) Hipotimia (distimia/disforia)
  - c) Hipertimia
2. CUALITATIVOS -aparición, proporcionalidad, rango de respuesta, adecuación y movilidad-
  - d) Labilidad
  - e) Intontinencia afectiva
  - f) Ambivalencia afectiva
  - g) Rigidez afectiva
  - h) Indiferencia afectiva/Frialdad afectiva/Embotamiento afectivo/Aplanamiento emocional
  - i) Paratimia, afecto discordante o inadecuado (tb afecto inapropiado, incoherente o disgregado)
  - j) Anhedonia
  - k) Alexitimia

La **paratimia** (inadecuación afectiva o afecto inapropiado) caracteriza a la situación donde la afectividad del sujeto en este caso no parece apropiada al contexto en que se produce. La **labilidad** se refiere a cambios con o sin estimulación que los desencadenen. Pero en este caso nos pregunta por un concepto de uso muy poco frecuente, usado más en la psicopatología clásica y que aparece recogido en algunas escalas de medición de manía, la elación. El término **elación (opción 2 correcta)** aplicado a la afectividad engloba el sentimiento de alegría, euforia, altivez, optimismo y grandiosidad. La elación se define en el diccionario médico de la CUN como un “estado de excitación emotiva, que se caracteriza por experimentar un placer intenso, junto con un aumento de la actividad motora”. Dentro de los trastornos del pensamiento, el término también puede referirse a “hinchazón del estilo y del lenguaje” (RAE) de forma análoga al discurso enfático.

Algunas de las escalas donde se recoge el término son La Escala para la Evaluación Longitudinal de Estados Maniacos (Pettersson, Fyro, Sedvall, 1973) y la **Escala de Predicción del Estado y Respuesta al tratamiento en Mania** (Secunda, Katz, Swann, Koslow, Macs, Chuang, Croughan, 1985)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 10.
- Diccionario Médico CUN. En [www.cun.es](http://www.cun.es)
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2020). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.