

EXAMEN PIR COMENTADO CONVOCATORIA 2024

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: 978-84-10149-11-3

Depósito Legal:M-6873-2025

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.

01

PSICOPATOLOGÍA**TEMA 4**

140. Cuando un paciente nos comunica que al ver sacudir las sábanas de una cama, siente que le están sacudiendo a él y, además, se siente como un ente abstracto y fusionado con el entorno, está experimentado:

- 1) Pérdida de atribución personal.
- 2) Disociación del afecto.
- 3) Confusión de los límites del yo.
- 4) Escisión de la unidad del yo.

RC: 3. En las alteraciones de la conciencia del sí mismo (Belloch, 2024) se incluyen experiencias anómalas –no necesariamente patológicas- en cuanto al self o a uno mismo, que pueden variar a lo largo de cuatro dimensiones:

- a) La conciencia de los límites del yo
- b) La conciencia de uno mismo como agente de sus propias acciones
- c) La conciencia de la unidad del sí mismo
- d) La conciencia de la realidad del sí mismo y del entorno

En Belloch (2024) se citan las siguientes:

1. **Confusión de los límites del yo.** La confusión de los límites del yo aparece cuando se produce un deterioro en el autoconcepto, un fracaso a la hora de mantener la diferenciación entre el sí mismo y lo que está fuera de él, de forma que la persona ya no puede ser consciente de que es una entidad individual separada del entorno. Se ha descrito en la esquizofrenia, consumo de sustancias, epilepsia, contextos religiosos, estado de nirvana, experiencias místicas, niveles elevados de meditación contemplativa, etc.
2. **Pérdida de la atribución personal.** En este caso, la persona mantiene intacta su capacidad para diferenciar entre ella misma y el entorno, pero presenta una alteración de la conciencia del sí mismo al no poder reconocer como propios sus pensamientos, impulsos, sentimientos o acciones (ejemplo, delirios de control o pasividad de Kurt Schneider).
3. **Deterioro en la unidad del yo.** Es un fenómeno disociativo que engloba dos experiencias: disociación del afecto y escisión en la unidad del yo.
4. **Pérdida de la experiencia de realidad.** Aquí se incluyen la **despersonalización y la desrealización** (que pueden darse juntas o por separado). Ambas se han descrito en población clínica y general.

En el ejemplo del enunciado, el nivel de alteración de la conciencia de sí mismo es el más elevado implicando la incapacidad para mantener la diferenciación entre la persona y lo

que le rodea, ajustándose a la alternativa 3 (confusión de los límites del yo).

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 4.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

207. ¿Cómo se denomina el trastorno en el que se produce una alteración de la atención y de la conciencia que se acompaña de un cambio en el funcionamiento de los procesos cognitivos, pudiéndose acompañar de alucinaciones de tipo visual y episodios de agitación?:

- 1) Trastorno de ideas delirantes.
- 2) Trastorno de despersonalización-desrealización.
- 3) Epilepsia del lóbulo temporal.
- 4) Delirium.

RC: 4. Los trastornos clásicos de la conciencia se pueden clasificar de la siguiente manera (Belloch 2020):

BELLOCH (2020)	
CUANTITATIVAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obnubilación. 2. Somnolencia, letargia o sopor 3. Estupor 4. Coma
CUALITATIVAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delirium 2. Estupor 3. Estados crepusculares 4. Estados oniroides

Los trastornos cuantitativos implican una disminución del nivel de la conciencia y los cualitativos una disminución del nivel de conciencia acompañado de una alteración global de las funciones y/o de una restricción del campo de la conciencia.

El **delirium** se caracteriza por la súbita desintegración de la conciencia en la que aparecen delirios caóticos, alucinaciones visuales y agitación psicomotriz, estado que suele durar entre una y dos semanas y que compromete de manera importante la supervivencia. La alteración de la conciencia es el dato que permite discriminar este estado de la demencia, que tiene lugar estando la conciencia conservada.

El delirium es un trastorno mental provocado por una causa orgánica. Afecta de forma nuclear a la conciencia y/o atención, y por lo tanto a todas las funciones mentales.

Ver también 80 (2017)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 4.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

TEMA 6

023. Señale cuál de los siguientes instrumentos de evaluación de las alucinaciones NO es un autoinforme:

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

RC: 1. 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:

- Antecedentes de la alucinación: condiciones actuales en las que aparecen las alucinaciones
- Alucinación como evento activador (A)
 - Forma
 - Localización
 - Síntomas concurrentes
 - Topografía de las voces
- Creencias asociadas a la alucinación (B)
 - Creencias sobre la identidad y propósito
 - Creencias sobre la omnipotencia
 - Creencias de obediencia
 - Creencias evaluativas
- 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 otros instrumentos, tanto de las alucinaciones como de las creencias asociadas a las mismas. Las más importantes son:

- Escalas para la valoración de Alucinaciones:

- **LSHS-R** (Launay-Slade Hallucination Scale-revised (LSHS-R). Bentall y Slade (1985), adaptada por Fonseca Pedrero et al (2010). **Autoinforme**. Mide 4 dominios:
 1. Factor 1: pensamientos intrusos
 2. Factor 2: ensoñaciones vívidas
 3. Factor 3: alucinaciones multimodales
 4. Factor 4: alucinaciones visuales y auditivas
- **PSYRATS** (Psychotic Symptom Rating Scales.
- **AHS** (Auditory Hallucination Scale). Escala de alucinaciones auditivas.
 1. Haddock et al (1999). Adaptada por González et al (2003).
 2. 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:
 1. Creencias sobre las voces
 1. Malevolencia
 2. Benevolencia
 3. Omnipotencia
 2. Patrones de afrontamiento
 1. Resistencia
 2. Compromiso
- **VPDS** (Voice Power Differential Scale). Birchwood et al (2000). **Autoinforme**. 7 dimensiones.
 1. Diferencia de poder percibido entre las voces y el oyente
 2. Dimensiones: fuerza, confianza, respeto, capacidad de hacer daño, superioridad y conocimiento

De las opciones de respuesta planteadas, la única que no es un autoinforme es la PSYRATS. Ésta es una **entrevista estructurada**, consta de dos partes, la primera mide alucinaciones y la segunda delirios. En lo relativo a las alucinaciones mide dimensiones y cualidades de las alucinaciones auditivas en 11 ítems. Las 11 variables que mide son:

1. Frecuencia
2. Duración
3. Localización
4. Intensidad
5. Creencias sobre la procedencia de las voces
6. Cantidad de contenido negativo de las voces
7. Grado de contenido negativo
8. Cantidad de angustia

9. Intensidad de angustia

10. Trastorno causado por las voces en la vida del paciente

11. Control sobre las voces

Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay dos excepciones para esto, cuando se pregunta sobre las **creencias** que tienen que ver con las causas de las voces, se valoran las respuestas de los pacientes basadas en lo que ellos creen en el momento de ser entrevistados. La **intensidad** de las voces también sería valorado de acuerdo con la intensidad de las voces en el momento de la entrevista o en el último momento en el que el paciente la experimentó.

Ver también 110 (2023)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

125. Cuando un paciente con psicosis señala que le están intentando asesinar porque todo “huele a gas”, puede estar experimentado:

- 1) Acoasmas.
- 2) Fantasmias.
- 3) Fotomas.
- 4) Síndrome de Cotard.

RC: 2. A la hora de clasificar las alucinaciones se suelen utilizar los tres criterios clásicos de complejidad (simple vs compleja), contenido (relacionado o no con otra patología) y modalidad sensorial (auditiva, visual, somática, etc). Los principales subtipos y los síndromes asociados son frecuentemente objeto de examen, así como ejemplos de cada modalidad.

Según la modalidad sensorial podemos distinguir las siguientes:

Clasificación de las alucinaciones según modalidad sensorial
<ol style="list-style-type: none"> 1) Alucinaciones auditivas. 2) Alucinaciones visuales. 3) Alucinaciones olfativas. 4) Alucinaciones gustativas. 5) Alucinaciones táctiles o hápticas. 6) Alucinaciones corporales (somáticas, cenestésicas o viscerales). 7) Alucinaciones cinestésicas.

Los pacientes esquizofrénicos presentan una amplia variedad de trastornos sensorceptivos: ilusiones, alteraciones en la intensidad y calidad de la percepción, pseudoa-

lucinaciones, etc. Ludwig (1986) estima que cerca del 75% de los pacientes hospitalizados en primer ingreso informan de alucinaciones en más de una modalidad. Las auditivas son las más frecuentes, seguidas en orden decreciente por las visuales, somáticas, olfativas, táctiles y gustativas

Las alucinaciones gustativas suelen ir asociadas a las olfativas. Ambas son poco frecuentes. Las alucinaciones **olfativas o fantasmias (opción 2 correcta)** pueden aparecer en la depresión, en la esquizofrenia, en el aura de la epilepsia y en estados orgánicos como lesiones en el uncus del lóbulo temporal. Los sujetos que las sufren casi siempre refieren oler algo desagradable (por ejemplo, “oler a gas” como en la pregunta”), y pueden interpretar tales experiencias como una agresión o persecución del mundo exterior o mantener que son ellos mismos los que producen y emiten los olores.

Ver también 100 (2016), 86 (2021), 145 (2024)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

130. ¿Cómo se denomina a la experiencia alucinatoria que consiste en verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, a menudo con una consistencia gelatinosa y transparente, con el conocimiento de que la figura humana que se está viendo es uno mismo?:

- 1) Autotopagnosia.
- 2) Autoscopia.
- 3) Alucinaciones extracampinas.
- 4) Desrealización.

RC: 2. Hay una distinción básica entre distorsiones perceptivas o sensoriales vs engaños que ha sido objeto de numerosas preguntas:

- ENGAÑOS PERCEPTIVOS

1. ALUCINACIONES

1. Variantes de la experiencia alucinatoria
 1. Pseudoalucinaciones.
 2. Alucinaciones funcionales.
 3. Alucinación refleja.
 4. Alucinación negativa.
 5. Autoscopia o fenómeno del doble.
 6. Alucinaciones extracampinas

2. PSEUDOPERCEPCIONES O IMÁGENES ANÓMALAS

1. Imágenes hipnopómpicas e hipnagógicas.
2. Imágenes alucinoides.
3. Imágenes némicas.
4. Imágenes consecutivas.
5. Imágenes parásitas.

Una variedad de experiencia alucinatoria visual poco usual es el fenómeno de la **autoscopia** (doppelgänger) (**opción 2 correcta**), que consiste en verse a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, a menudo con una consistencia gelatinosa y transparente, con el conocimiento de que la figura humana que se está viendo es uno mismo, por lo que a veces también se conoce con el nombre de “la imagen del espejo fantasma”. Además de consistir en una alucinación visual, suele acompañarse de sensaciones somestésicas y somáticas que confirman al sujeto que la persona que ve es él mismo. En el fenómeno contrario, la autoscopia negativa, el sujeto no se ve a sí mismo cuando se refleja en un espejo. Este fenómeno puede aparecer en pacientes con estados delirantes, algunos esquizofrénicos, estados histéricos, lesiones cerebrales, estados tóxicos, etc., pero también en sujetos normales bajo estados de intensa alteración emocional, o si se encuentran exhaustos o muy deprimidos.

Ver también 132 (2012) 46 (2010); 102 (2005); 152 (2012), 227 (2016)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

131. El síndrome de Charles Bonnet, un trastorno alucinatorio que se da en ancianos con patología orgánica central o periférica, se caracteriza por presentar:

- 1) Alucinaciones liliputienses.
- 2) Micropsias.
- 3) Pareidolias.
- 4) Alucinaciones negativas.

RC: 1. Las alteraciones senso-perceptivas son frecuentemente objeto de examen. Hay una distinción básica entre distorsiones perceptivas o sensoriales vs engaños.

Las alucinaciones pueden aparecer tanto en cuadros orgánicos como no orgánicos. Las alucinaciones visuales se han descrito en la ceguera progresiva y en la pérdida visual por daño del quiasma óptico. Dentro de este tipo de alteraciones hay que destacar el síndrome de “**Charles Bonnet**”, nombre del filósofo que describió el síndrome de su abuelo. Se trata de un trastorno alucinatorio que se da en ancianos con patología orgánica central o periférica, cuya característica definitoria es la presencia de **alucinaciones liliputienses** (**opción 1 correcta**). Estos pacientes ven pequeñas figuras de animales u otras criaturas, frecuentemente al anochecer, con ausencia tanto de delirios como de otra modalidad de alucinación. No hay que confundirlo con la micropsia, que es la visión de objetos que están presentes, pero en una escala reducida (es decir, una distorsión perceptiva). Las alucinaciones negativas implican que la persona no

percibe algo que realmente existe y la pareidolia es una ilusión que parte de un estímulo externo real ambiguo que la persona percibe de forma distorsionada.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

132. Las investigaciones acerca de la aplicación de los modelos cognitivos al estudio de las alucinaciones auditivas en forma de voces han demostrado que:

- 1) Las creencias sobre malevolencia producen menor perturbación emocional en la persona.
- 2) Las creencias no repercuten ni en el afecto ni en los patrones de afrontamiento ante las voces.
- 3) Las creencias sobre benevolencia mantienen una relación inversa con los niveles de malestar que experimenta la persona.
- 4) Las creencias de familiaridad con las voces producen menor compromiso y aceptación sobre las mismas.

RC: 3. Un postulado central de los modelos cognitivos es que las **creencias sobre las voces**, y no sólo el contenido voces, las que influyen notablemente en el malestar experimentado por las personas Jackson y Chadwick (1997).

Las investigaciones acerca de la aplicación de los modelos cognitivos al estudio de las alucinaciones auditivas en forma de voces han demostrado que **Mawson et al (2010)**:

1. Las creencias sobre malevolencia producen menor perturbación emocional en la persona.
2. Las creencias no repercuten ni en el afecto ni en los patrones de afrontamiento ante las voces.
3. Las creencias sobre benevolencia mantienen una relación inversa con los niveles de malestar que experimenta la persona (**opción 3 correcta**).
4. Las creencias de familiaridad con las voces producen menor compromiso y aceptación sobre las mismas.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

145. ¿Qué modalidad sensorial de alucinación es más frecuente en la epilepsia del lóbulo temporal?:

- 1) Auditiva.
- 2) Visual.
- 3) Táctil.
- 4) Olfativa.

RC: 4. En esta convocatoria tenemos dos preguntas sobre las alucinaciones olfativas o fantasmias (ver pregunta 125).

Los 3 criterios clásicos para clasificar las alucinaciones son: complejidad, contenido y modalidad sensorial en la que aparecen.

Según la modalidad sensorial podemos distinguir las siguientes alucinaciones:

Clasificación de las alucinaciones según modalidad sensorial

1. Alucinaciones auditivas.
2. Alucinaciones visuales.
3. Alucinaciones olfativas.
4. Alucinaciones gustativas.
5. Alucinaciones táctiles o hápticas.
6. Alucinaciones corporales (somáticas, cenestésicas o viscerales).
7. Alucinaciones cinestésicas.

Las **alucinaciones olfativas** (por ejemplo, olor a goma quemada, a podrido, a gas, etc) son poco frecuentes. Pueden aparecer en la depresión, en la esquizofrenia, en el aura de la epilepsia y en estados orgánicos como lesiones en el uncus del lóbulo temporal (**opción 4 correcta**). Los sujetos que las sufren casi siempre refieren oler algo desagradable y pueden interpretar tales experiencias como una agresión o persecución del mundo exterior o mantener que son ellos mismos los que producen y emiten los olores. Lo más frecuente es que aparezcan asociadas a las alucinaciones gustativas.

Ver también 100 (2016), 86 (2021), 125 (2024)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada

150. Un paciente escucha hablar a su hermana y siente un golpe en el estómago, convencida de que su hermana le ha agredido a pesar de encontrarse en otra habitación. ¿Cómo se llama este tipo de fenómeno perceptivo?:

- 1) Alucinación refleja.
- 2) Alucinación sintética.
- 3) Pseudoalucinación.
- 4) Alucinación funcional.

RC: 1. Dentro de las variantes de la experiencia alucinatoria se contemplan aquellas alucinaciones que no se clasifican fácilmente siguiendo uno solo de los criterios clásicos (complejidad, tema y modalidad sensorial). Dentro de estas se encuentra la **alucinación refleja (opción 1 correcta)**. En esta modalidad de alucinación, un estímulo (A) produce (o activa la aparición de) una alucinación en otra modalidad sensorial diferente. Por ejemplo, como aparece en el

ejemplo de la pregunta, cada vez que oye la voz de su hermana (**estímulo A, auditivo**) el paciente siente dolor en el estómago (**alucinación somática**).

Hay que prestar especial atención para no confundirlas con las alucinaciones funcionales, en donde un estímulo (A) causa y/o desencadena la alucinación, pero este estímulo es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial. La percepción correcta del estímulo (A) se superpone a la alucinación. Por ejemplo, al oír el claxon del coche (**estímulo A, auditivo**), el sujeto en cuestión oye la “voz del diablo” que le dice lo que tiene que hacer (**alucinación también auditiva**).

Ver también 197 (2017), 91 (2023)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada

164. En relación con las terapias cognitivo conductuales aplicadas a los delirios, ¿cuál de estas afirmaciones es cierta?:

- 1) Se recomienda aplicar la fase de análisis verbal posteriormente a la de comprobación empírica.
- 2) Se puede aplicar la fase de comprobación empírica de las creencias de forma aislada, ya que se ha mostrado igual de eficaz que aplicada de forma combinada con el análisis verbal.
- 3) El análisis de la lógica interna del delirio se realiza en la fase de comprobación empírica.
- 4) En la fase de comprobación empírica es recomendable poner a prueba tanto la creencia delirante como la alternativa no delirante.

RC: 4. En los últimos años se empieza a hablar de TCC-P de segunda generación, también denominadas “aproximaciones basadas en modelos causalmente intervencionistas” (Kendler y Campbell, 2009). Todas estas aproximaciones incorporan variables como: estilos de pensamiento relacionados con la preocupación, esquemas cognitivos negativos asociados al yo, experiencias internas anómalas, sesgos específicos de razonamiento, etc. Todas estas aproximaciones comparten (en mayor o menor medida) una serie de variables (Bellido Zanín, G et al, 2019):

- 1) Establecimiento de una buena alianza terapéutica
- 2) Evaluación individualizada
- 3) Formulación del caso
- 4) Enseñanza de estrategias de afrontamiento
- 5) Comprensión de la experiencia psicóticas
- 6) Trabajo con los delirios y las creencias sobre las voces
- 7) Atención a las autoevaluaciones y emociones
- 8) Prevención de recaídas y discapacidad social

Entre los aspectos nucleares a trabajar en terapia destacan 2: el trabajo con el significado de los síntomas y el trabajo con los esquemas cognitivos del paciente. En el trabajo del significado de los síntomas se utilizan 3 estrategias generales:

1. Análisis verbal de las creencias
2. Comprobación empírica
3. Exposición a imágenes

La estrategia terapéutica básica consiste en el análisis verbal de las creencias delirantes y las creencias sobre las voces.

Sobre la **comprobación empírica** (o pruebas de realidad) conviene tener en cuenta que no es aconsejable utilizarla como único componente de la intervención y que tal y como señalan Chadwick y Lowe (1990) -a partir del estudio de casos- es más efectiva cuando se aplican después (y no antes) de la fase de análisis verbal.

La estrategia básica en esta fase es la de trabajar con las **evidencias de la creencia**, más que con la creencia en sí misma. En el análisis de la evidencia el objetivo no es convencer al paciente de su "error", sino comprender mejor su punto de vista y estimular una perspectiva más crítica de dichas evidencias. Una vez cuestionadas las evidencias, se invita al paciente a buscar pensamientos alternativos que le permitan entender el episodio de forma distinta. Por ejemplo: "¿Se podría entender lo que te ha ocurrido de alguna otra manera?". En las tareas para casa, se trabaja tanto con las evidencias de las ideas delirantes como con las explicaciones alternativas no delirantes (**opción 4 correcta**).

Ver también 158 (2020), 164 (2023)

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- Fonseca Pedrero, E (2019) (coord). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid. Pirámide.

165. ¿Cuál de las siguientes terapias para la psicosis incluye la estrategia de normalización racional y se centra en normalizar la experiencia psicótica con el fin de desestigmatizar los síntomas y dejarlos abiertos a argumentos racionales?:

- 1) La terapia de potenciación de las estrategias de afrontamiento de Tarrrier.
- 2) La terapia metacognitiva interpersonal para la psicosis.
- 3) La terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower.
- 4) La terapia cognitivo conductual de Kingdon y Turkington.

RC: 4. El tratamiento de la psicosis es un campo de conocimiento en constante actualización. En la actualidad, el problema no es tanto demostrar que hay tratamientos psicológicos empíricamente validados para la psicosis, sino cuál de

ellos seleccionar (o qué componentes) para qué persona concreta (Fonseca Pedrero, et al, 2021).

En esta ocasión, la pregunta se centra en la Terapia Cognitivo Conductual denominada de primera generación. Los tratamientos psicológicos para las alucinaciones y delirios de 1 Generación son (Pérez Álvarez, M, 2003):

1. Terapia de modificación de creencias aplicada a los síntomas psicóticos positivos

- 1.1. Terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y Trower (1996)
- 1.2. Terapia cognitivo-conductual de Kingdon y Turkington (1994)
- 1.3. Terapia cognitivo-conductual para la psicosis de Fowler, Garety y Kuipers (1995)

2. Terapia de potenciación de las estrategias de afrontamiento de Tarrrier (1996) (también denominada cse (coping strategy enhancement))

3. Terapia de focalización (Bentall, Haddock y Slade (1994))

De estos abordajes clásicos, la terapia de Chadwick y Bentall ya había sido objeto de examen. Esta pregunta versa sobre la Terapia de Kingdon y Turkington (1994). Apoyándose en la de Chadwick, añade la normalización racional como elemento clave para buscar la normalización de la experiencia psicótica. Dese el marco clásico del modelo de vulnerabilidad-estrés, para poder lograr este objetivo enfatiza el uso de la alianza terapéutica como elemento central.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 6.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada

TEMA 7

146. ¿Cuál de las siguientes situaciones o fenómenos hacen más probable la producción de memorias falsas según la propuesta de Brewin y Andrews (2017)?:

- 1) La inducción de recuerdos mediante hipnosis.
- 2) La creación de imágenes con detalles personales relevantes.
- 3) La presión grupal, cuando están implicados fenómenos de conformidad social.
- 4) La obediencia a la autoridad, en contextos en los que el individuo no tiene margen para escapar.

RC: 2. Se denomina "**memoria falsa**" a la memoria que tiene todas las características de un recuerdo real (creencia, imágenes, detalles), pero que no se corresponde con ningún episodio real que haya vivido la persona, al menos tal y como lo recuerda (Belloch, 2024)

El concepto “**guerra de las memorias**” (Otgaar et al, 2019) denomina así al debate sobre la existencia o no de memorias reprimidas. En este sentido, los datos de laboratorio han demostrado que los detalles de un recuerdo se pueden alterar. Se diferencia entre recuerdo falso completo o claro vs recuerdo falso parcial. Scoboria et al (2017) (revisión de 423 informes) encuentran casi un 22% de memorias falsas completas o robustas, y un 8,5% de memorias falsas parciales, es decir, algo más de un 30% de los participantes acepta el suceso sugerido. En resumen, los datos demuestran que es posible hacer creer a adultos “normales” que cuando eran pequeños, sucedieron cosas que nunca existieron.

La idea de que las memorias recuperadas en terapia se corresponden con la realidad es muy cuestionable con los datos de la investigación. En este contexto hay presentes variables que pueden aumentar tal efecto: el grado de credibilidad del terapeuta, la repetición de la sugestión y animar a la conjetura (Diges, 2016), el uso de hipnosis acompañado de imágenes guiadas es una técnica muy sugestiva. Herridon et al (2014) analiza el efecto de las imágenes y la presión del grupo sobre la creación de memorias falsas. El uso de imágenes provoca memorias falsas en un 50% de sujetos, la presión del grupo en un 40% y la combinación de ambas en un 75% de los sujetos.

Brewin y Andrews (2017) señalan que aumentan la probabilidad de aparición de memorias falsas 3 variables:

- Figura de confianza,
- Uso de imágenes en la recreación del recuerdo y
- Aceptación poco reflexiva del recuerdo.

Por lo tanto, la creación de imágenes con detalles personales relevantes (**opción 2 correcta**) aumenta la probabilidad según los autores de aumentar las memorias falsas.

- Manual CEDE (Edición 2022). Psicopatología. Tema 7.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2024). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.

147. ¿Cuál de las siguientes distorsiones de la memoria se produce siempre con material de naturaleza semántica?:

- 1) Déjà vu.
- 2) Jamais vu.
- 3) Criptoamnesia.
- 4) Pseudopresentimiento.

RC: 3. En las **alteraciones de la memoria** nos encontramos con los cuadros en donde lo que prevalece es la ausencia de información (o no accesibilidad de la misma) y otros en los que prevalece la distorsión (o reconstrucción) de la información almacenada. El término **paramnesia** es introducido por **Kraepelin** para definir las distorsiones de memoria en grado patológico, debido a una inclusión de

detalles falsos o por una referencia temporal incorrecta. **Freud** denominó **parapraxias** a aquellos errores aparentemente sin importancia. La memoria de cada sujeto está de algún modo distorsionada (o reconstruida), deformando el acontecimiento original, y puede que algunos ejemplos de la psicopatología de la memoria sean exageraciones de las tendencias detectables en la llamada memoria normal. Estas distorsiones pueden aparecer tanto en la población normal como en la clínica, llegando a un punto donde resulta muy difícil establecer límites claros sobre todo si nos atenemos a como se procesa la información. Se distingue entre las paramnesias (o parapraxias) del recuerdo y del reconocimiento:

DISTORSIONES DE LA MEMORIA

(basado en Belloch, 2024)

1. PARAPRAXIAS (olvidos normales)

a) DEL RECUERDO

1. “Tu cara me suena” (“no poder ubicar):
2. “Conocer la cara pero no el nombre”
3. “Sensación de conocer”
4. “Punta en la lengua”
5. “Laguna temporal”
6. Hipermnesias (anomalía más que patología).

b) DEL RECONOCIMIENTO

1. Criptoamnesia:
2. Deja vu (falso reconocimiento positivo)
3. Jamais vu (falso reconocimiento negativo)

2. PARAMNESIAS (patológicas)

a) DEL RECUERDO

1. Pseudomemorias y falsificación de la memoria
 - a) Confabulación (Ecmesia).
 - b) Pseudología fantástica o mentira patológica
 - c) Recuerdos delirantes
 - d) Verificación o comprobación compulsiva

b) DEL RECONOCIMIENTO

1. Agnosias
2. Paramnesia reduplicativa:
3. Síndrome de Capgras (delirio de Sosias o de suplantación)
4. Síndrome de Fregoli

La **criptoamnesia (opción 3 correcta)** hace referencia a aquella experiencia en que un recuerdo no es experimentado como tal, sino que por el contrario se cree que es una producción original, vivida por primera vez; es decir, se da un fallo en el reconocimiento y la sensación de familiaridad