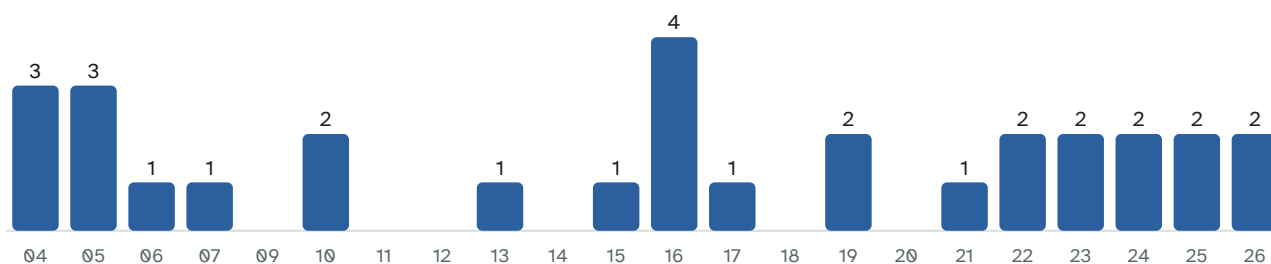


Conceptos de salud mental y psicopatología

Tema de base de Salud mental: qué se entiende por salud y trastorno mental, cómo se reparten los trastornos en la población, de dónde vienen las grandes escuelas psicológicas y, sobre todo, el vocabulario de la psicopatología (alucinación, idea delirante, anhedonia, despersonalización, amnesia...). En el EIR cae como definición directa o como caso clínico corto en el que hay que poner nombre al síntoma, y cada vez más como pregunta sobre trastornos concretos del DSM-5-TR (TEA, TDAH, facticio, disociativos).

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



30 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Alucinación: trastorno de la percepción sin estímulo externo (2 exámenes)
- Philippe Pinel: liberación de los enfermos mentales y su estatus de enfermos (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Salud mental, trastorno mental y modelos explicativos	7
2. Epidemiología de los trastornos mentales	10
3. Historia de la asistencia y escuelas psicológicas	12
4. Personalidad, inteligencia y mentalización	18
5. Psicopatología de la percepción y del pensamiento	20
6. Conciencia del yo y afectividad	25
7. Memoria, atención y amnesias	28
8. Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta	32
9. Delirium, trastornos facticios, somáticos, disociativos y disforia de género	35
Todas las preguntas del tema (31)	38
Preguntas que también podrían ser de este tema (23)	46
Solucionario	53
Fuentes	56

Resumen para repasar

1. Salud mental, trastorno mental y modelos explicativos

- Salud mental OMS: **estado de bienestar** que permite afrontar el estrés, desarrollar capacidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad; es un **derecho humano básico** ^{F1}.
- Trastorno mental DSM-IV (1994): **síndrome** conductual o psicológico clínicamente significativo, con malestar o discapacidad, que expresa una **disfunción** del individuo; no lo es la respuesta esperable y culturalmente aceptada ni la mera conducta desviada ^{F2}.
- DSM-5/5-TR: alteración clínicamente significativa de la **cognición, la regulación emocional o el comportamiento** por disfunción psicológica, biológica o del desarrollo ^{F3}; el DSM-5-TR añade el **duelo prolongado** ^{F4}.
- Diccionario de la American Psychological Association: puede implicar factores **fisiológicos, genéticos, químicos y sociales** ^{F69}.
- **Engel (1977)**: modelo **biopsicosocial** frente al biomédico ^{F10}.
- **Eclipse diagnóstico**: síntomas físicos atribuidos a la enfermedad mental; infradiagnóstico y más mortalidad ^{F9}.

2. Epidemiología de los trastornos mentales

- OMS: casi **1 de cada 7** personas con un trastorno mental; **ansiedad y depresión**, los más frecuentes ^{F5}.
- Europa: ansiedad 14 %, insomnio 7 %, depresión mayor 6,9 %, somatomorfos 6,3 %, **alcohol y drogas > 4 %** ^{F7}.
- OMS Europa (2005): unos **100 millones con ansiedad y depresión** y más de **21 millones con trastornos por alcohol** ^{F58}.
- España: depresión **más del doble en mujeres** (7,22 % frente a 3,23 %); ansiedad crónica también más en mujeres ^{F7}. OMS mundial: unas **1,5 veces** ^{F6}.
- OMS 2001: depresión y ansiedad en mujeres **1,5:1 a 2:1**; diferencia **máxima en la vida adulta**, ligada a los años de fecundidad ^{F59}.
- Suicidio: **mayoritariamente hombres** (2.930 de 3.941 en 2020); primera causa externa de muerte ^{F7}.
- Esquizofrenia: **1 de cada 300**; empieza **antes en hombres** ^{F8}.

3. Historia de la asistencia y escuelas psicológicas

- **Pinel**: trato humano y fin de las **cadena**s (OpenStax: La Salpêtrière, 1795) ^{F11}; en su obra, las quita el vigilante **Pussin** ^{F64}. Los alienados, **lejos de ser culpables, son enfermos** (1809) ^{F64}.
- **Wundt**: laboratorio de Leipzig, **1879** (siglo XIX) ^{F12}.
- Titchener = **estructuralismo**; **James** = **funcionalismo**; conductismo = conducta observable; **psicoanálisis** = **inconsciente**; humanismo = Maslow y Rogers ^{F12,F14}.
- Freud: el **ello está presente desde el nacimiento**; yo y superyó se desarrollan después ^{F13}.
- Sullivan: en la **era juvenil** (escuela) se aprende la **subordinación a las figuras de autoridad** ^{F66}.
- Conductismo: la conducta disfuncional es **aprendida** (respuestas condicionadas) ^{F14}.
- Eysenck: terapia conductual = cambiar conducta y emoción según las leyes de la **teoría del aprendizaje** ^{F67}.
- Rogers: terapia **centrada en el cliente**, no directiva, escucha activa ^{F14}; el cliente es el **experto en su propia vida** ^{F68}.
- Salud mental: la **relación terapéutica** es el fundamento del cuidado; fases de Peplau: orientación, trabajo, finalización ^{F48}. Programa de la especialidad: relación terapéutica como **instrumento básico** ^{F62}.
- **Postpsiquiatría** (Bracken y Thomas): contextos, **ética antes que tecnología**, voz de los usuarios en el centro ^{F65}.

4. Personalidad, inteligencia y mentalización

- Cinco factores (**OCEAN**): apertura, responsabilidad, extraversión, amabilidad, neuroticismo ^{F15,F16}.
- **CI** (Stern) = **edad mental / edad cronológica × 100** ^{F56}; el × 100 se atribuye también a Terman ^{F57}.
- **Mentalización**: dar sentido a los demás y a uno mismo en términos de **estados subjetivos y procesos mentales** ^{F17}.

5. Psicopatología de la percepción y del pensamiento

- **Alucinación**: percepción **sin estímulo externo**; trastorno de la percepción; no es un síntoma negativo; las auditivas, las más frecuentes ^{F18}.
- **Idea delirante**: creencia falsa mantenida con firmeza **pese a las pruebas en contra** ^{F18,F19}.
- Celotípica = **pareja infiel**; erotomaníaca = otro está enamorado; nihilista (Cotard) = está muerto; **referencia** = el entorno (tele, periódicos) habla de él ^{F19,F20,F23}.
- **Capgras**: un familiar ha sido **sustituido por un impostor**; Frégoli: conocidos **disfrazados** de otros ^{F21,F22}.
- CIE-11: **experiencias de influencia, pasividad o control** (actos o impulsos bajo el control de una fuerza externa), síntoma central ^{F49}.
- **Ecolalia**: repetir las palabras de otro; **neologismo**: palabra o expresión inventada ^{F47}.
- **Dislalia**: dificultad para articular sonidos; **disglosia**: de base orgánica (anatómica); **disfemia**: fluidez ^{F52}.

6. Conciencia del yo y afectividad

- **Despersonalización:** irrealidad o extrañeza del **propio yo o cuerpo** (sentirse robot); desrealización: el **entorno** parece irreal ^{F24,F25}.
- **Anhedonia:** no experimentar placer; **abulia:** falta de motivación; afecto aplanado: sin expresión ^{F18,F19}.
- **Alexitimia:** no reconocer ni describir las emociones ^{F24}.
- **Manía:** ánimo **elevado, expansivo o irritable** ≥ 1 semana ^{F26}.
- **Paratimia:** afecto **incongruente**, alteración del afecto ^{F50,F51}.

7. Memoria, atención y amnesias

- **Atkinson y Shiffrin:** sensorial → corto plazo → **largo plazo** (última etapa) ^{F27}.
- **Episódica:** declarativa, sucesos personales en **tiempo y lugar**; semántica: conocimientos; procedimental: habilidades ^{F27}.
- Amnesia **anterógrada:** no se almacenan recuerdos **nuevos**; retrógrada: se pierde lo **anterior** ^{F28,F29}.
- Curva de posición serial: **recencia = corto plazo**; primacía = largo plazo ^{F55}.
- Atención (Sohlberg y Mateer): focalizada, sostenida, selectiva, alternante y **dividida** (varias entradas a la vez) ^{F53}. **Broadbent:** filtro = **cuello de botella** ^{F54}.

8. Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta

- TEA: **déficit persistente en comunicación e interacción social** + patrones repetitivos; la discapacidad intelectual no es criterio troncal ^{F31,F32}.
- TEA: diagnóstico **fiable a los 2 años**; para toda la vida; unas 4 veces más en varones; el **camuflaje** retrasa el diagnóstico en mujeres ^{F31,F33,F34,F35}.
- TDAH: **crónico**; 2 veces más en varones; inatento con **igual frecuencia** en ambos sexos (MSD) ^{F36,F38}.
- Metilfenidato terapéutico: **no se asocia a adicción** posterior; la dependencia se liga al **abuso** ^{F36,F37}. Pausa anual para evaluar, preferiblemente en **vacaciones** ^{F37}.
- Trastorno de conducta: viola **derechos ajenos o normas**; inicio infantil **antes de los 10 años** (DSM-5) ^{F63}; antisocial solo ≥ **18 años** ^{F39,F42}.

9. Delirium, trastornos facticios, somáticos, disociativos y disforia de género

- **Delirium:** agudo, **fluctuante**, con inatención y **consciencia alterada**; causado por afecciones médicas o fármacos; pensamiento **desorganizado**; 30-50 % muere en el año ^{F30}.
- CIE-10: en el delirium, ideas delirantes, si las hay, **transitorias**, y cierta **incoherencia** ^{F60}.
- **Facticio:** falsificar síntomas **sin incentivo externo**, para asumir el **papel de enfermo**; en la simulación sí hay beneficio externo ^{F43}.
- **Conversión:** síntomas neurológicos **motores o sensitivos** involuntarios; en síntomas somáticos ^{F44,F45}. Freud: conflicto reprimido que **se convierte en síntoma**, como **mecanismo de defensa** ^{F61}.
- **Disociativos** DSM-5: amnesia disociativa, **despersonalización/desrealización**, identidad disociativa ^{F25}.
- **Disforia de género:** sustituye al «trastorno de identidad de género»; lo esencial es el **malestar** ^{F46}.

Puntos clave

- 1 Salud mental (OMS): estado de bienestar que permite afrontar el estrés, desarrollar las capacidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad ^{F1}.
- 2 Trastorno mental (APA): síndrome clínicamente significativo que refleja una disfunción psicológica, biológica o del desarrollo ^{F2,F3}.
- 3 Engel (1977) propuso el modelo biopsicosocial frente al biomédico ^{F10}.
- 4 Eclipse diagnóstico: atribuir síntomas físicos a la enfermedad mental ya diagnosticada ^{F9}.
- 5 Ansiedad y depresión son los trastornos más frecuentes; en España la depresión es más del doble de frecuente en mujeres ^{F5,F7}.
- 6 Pinel: trato humano y fin de las cadenas (OpenStax: La Salpêtrière, 1795) ^{F11}; para él, los alienados no son culpables sino enfermos ^{F64}.
- 7 Wundt, Leipzig, 1879 (siglo XIX); James = funcionalismo; Freud = inconsciente y ello presente desde el nacimiento ^{F12,F13}.
- 8 Alucinación: percepción sin estímulo externo, trastorno de la percepción ^{F18}.
- 9 Idea delirante: creencia falsa mantenida con firmeza pese a las pruebas en contra ^{F18,F19}.
- 10 Capgras: un familiar ha sido sustituido por un impostor ^{F21}.
- 11 Anhedonia: incapacidad de experimentar placer; alexitimia: no poder reconocer ni describir las emociones ^{F18,F24}.
- 12 Atkinson y Shiffrin: memoria sensorial, a corto y a largo plazo; la episódica es declarativa y sitúa sucesos en tiempo y lugar ^{F27}.
- 13 Amnesia anterógrada: no se almacenan recuerdos nuevos tras la lesión ^{F29}.
- 14 TEA: déficit persistente en comunicación e interacción social más patrones repetitivos; diagnóstico fiable a los 2 años ^{F31,F33}.
- 15 Trastorno facticio: falsificar síntomas sin incentivo externo, para asumir el papel de enfermo ^{F43}.

1. Salud mental, trastorno mental y modelos explicativos

La OMS define la **salud mental** como un **estado de bienestar mental** que permite a las personas **afrontar el estrés de la vida, desarrollar sus capacidades, aprender y trabajar bien y contribuir a su comunidad**. Añade que tiene valor intrínseco e instrumental y que es un **derecho humano básico** ^{F1}. No se define, por tanto, como mera ausencia de trastorno.

La definición de **trastorno mental** que cae procede de la American Psychiatric Association (APA). En el **DSM-IV (1994)**, cada trastorno mental se concibe como un **síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo** que aparece en un individuo y se asocia a **malestar**, a **discapacidad** (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o a un riesgo significativamente mayor de muerte, dolor, discapacidad o pérdida importante de libertad. Además: no debe ser una **respuesta esperable y culturalmente aceptada** a un acontecimiento (por ejemplo, la muerte de un ser querido); cualquiera que sea su causa, debe considerarse **manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica** del individuo; y ni la conducta desviada (política, religiosa o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son por sí mismos trastornos ^{F2}.

El **DSM-5** lo formula así: un **síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento** de una persona, que **refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo** que subyacen al funcionamiento mental ^{F3}. El DSM-5-TR es la versión vigente del manual: actualiza el texto con la literatura científica, **añade un diagnóstico nuevo (duelo prolongado)** y modifica los criterios de más de 70 trastornos ^{F4}.

Elemento de la definición de la APA	Qué significa ^{F2,F3}
Síndrome clínicamente significativo	Conjunto de manifestaciones psicológicas o conductuales, no un síntoma aislado
Malestar o discapacidad	Sufrimiento o deterioro del funcionamiento (DSM-IV)
Disfunción en el individuo	Psicológica, biológica (DSM-IV: también conductual) o del desarrollo (DSM-5)
No es una respuesta esperable y culturalmente aceptada	El duelo normal por la muerte de un ser querido no es un trastorno
No basta la conducta desviada ni el conflicto con la sociedad	Política, religiosa o sexual, salvo que exprese una disfunción

El *APA Dictionary of Psychology* (de la American **Psychological** Association) define el trastorno mental como cualquier afección caracterizada por alteraciones cognitivas y emocionales, conductas anormales, deterioro del funcionamiento o una combinación de ellos; no se explica solo por las circunstancias ambientales y puede implicar factores **fisiológicos, genéticos, químicos, sociales** y otros ^{F69}.

La American Psychiatric Association (1994) definió la enfermedad mental como: Un síndrome que tiene manifestaciones psicológicas o conductuales asociadas a una...

La American Psychiatric Association (1994) definió la enfermedad mental como:

1. Un síndrome que tiene manifestaciones psicológicas o conductuales asociadas a una alteración del funcionamiento secundaria a una anomalía social, psicológica, genética, fisicoquímica o biológica.
2. Un trastorno limitado exclusivamente a la persona que lo padece.
3. La aceptación por parte del enfermo de sus actos.
4. La posibilidad de la persona para afrontar el estrés.
5. Una enfermedad que confina a las personas a los asilos y manicomios.

El **modelo biopsicosocial** lo propuso **George L. Engel** en *Science* (1977). Parte de una crítica: el modelo dominante de enfermedad es **biomédico** y **no deja sitio a las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales** de la enfermedad. Engel propone el modelo biopsicosocial como guía para la investigación, marco para la docencia y diseño para la acción en la asistencia real ^{F10}. Es decir, el modelo de Engel da cabida a las dimensiones **social, psicológica y conductual** de la enfermedad, que el modelo biomédico deja fuera ^{F10}.

Cuál de las siguientes afirmaciones refleja el enfoque del modelo biopsicosocial propuesto por George L. Engel: La interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales que...

¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja el enfoque del modelo biopsicosocial propuesto por George L. Engel?:

1. La interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el funcionamiento global de la persona.
2. El equilibrio del sistema nervioso central, la regulación neuroquímica y los factores sociales, determinan el estado de salud mental del individuo.
3. La salud mental depende de la resolución adecuada de conflictos inconscientes personales y sociales, derivados de experiencias infantiles reprimidas.
4. La salud mental se alcanza mediante la autorrealización, la autenticidad y la búsqueda de sentido vital social, más allá de la presencia de enfermedad.

Eclipse diagnóstico (*diagnostic overshadowing*): atribuir erróneamente los síntomas de una enfermedad a una **comorbilidad ya diagnosticada**; en salud mental, **atribuir síntomas físicos a la enfermedad psiquiátrica previa**. Compromete la atención y probablemente contribuye al **aumento de la mortalidad** de las personas con enfermedad mental ^{F9}. Entre las definiciones que recoge el análisis: atribuir los signos y síntomas de una enfermedad física a la enfermedad mental concurrente, lo que lleva al **infradiagnóstico** y al mal tratamiento de la enfermedad física (Thornicroft et al., 2007), y el proceso por el que la persona con enfermedad mental recibe un **tratamiento inadecuado o tardío** porque sus síntomas físicos se atribuyen a su enfermedad mental (Shefer et al., 2014) ^{F9}.



Lo que más cae

OMS: salud mental = **bienestar** que permite afrontar el estrés, desarrollar capacidades, trabajar y contribuir a la comunidad ^{F1}. APA: trastorno = **síndrome** clínicamente significativo que expresa una **disfunción** del individuo ^{F2,F3}. Engel (1977): modelo **biopsicosocial** frente al biomédico ^{F10}. Síntoma físico atribuido a la enfermedad mental = **eclipse diagnóstico** ^{F9}.

EIR 2022 · 167

P10 · respuesta en el solucionario

El proceso de atribución errónea de síntomas físicos a la enfermedad mental con el consiguiente...: Eclipse diagnóstico

El proceso de atribución errónea de síntomas físicos a la enfermedad mental con el consiguiente infradiagnóstico de enfermedades físicas y retraso en el tratamiento, se denomina:

1. Trastorno de síntomas somáticos.
2. Síndrome metabólico.
3. Eclipse diagnóstico.
4. Fenómeno de pasividad.

2. Epidemiología de los trastornos mentales

Según la OMS, en 2023 casi **1 de cada 7 personas** del mundo (1.200 millones) vivía con un trastorno mental, y los **trastornos de ansiedad y depresivos son los más frecuentes** ^{F5}. En Europa, la Estrategia de Salud Mental del SNS recoge que los trastornos más frecuentes son los de **ansiedad (14 %)**, el **insomnio (7 %)**, la **depresión mayor (6,9 %)**, los **trastornos somatomorfos (6,3 %)** y la **dependencia del alcohol y las drogas (> 4 %)**, cifras de prevalencia anual ^{F7}.

Trastornos más frecuentes en Europa	Prevalencia ^{F7}
Trastornos de ansiedad	14 %
Insomnio	7 %
Depresión mayor	6,9 %
Trastornos somatomorfos	6,3 %
Dependencia del alcohol y las drogas	> 4 %

La **OMS Europa** (2005) cifra así la carga en la Región Europea: de 870 millones de habitantes, en cualquier momento unos **100 millones padecen ansiedad y depresión**, más de **21 millones trastornos por consumo de alcohol**, más de 7 millones Alzheimer y otras demencias, unos 4 millones esquizofrenia, 4 millones trastorno bipolar y 4 millones trastorno de pánico ^{F58}.

EIR 2007 · 90

P24 · respuesta en el solucionario

La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad,...: La depresión, la ansiedad y el abuso del alcohol

La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad, en las sociedades occidentales son:

1. Las demencias y el Alzheimer.
2. La anorexia, la bulimia y las alteraciones alimentarias en general.
3. La depresión, la ansiedad y el abuso del alcohol.
4. La esquizofrenia y los trastornos delirantes.
5. Los trastornos delirantes, las demencias y el abuso de sustancias tóxicas.

Diferencias por sexo. En España (Encuesta Europea de Salud 2020, recogida en la Estrategia), el 5,84 % de la población de 15 o más años declara **ansiedad crónica diagnosticada: 3,50 % de los hombres y 8,06 % de las mujeres**; y la frecuencia de **depresión en adultos es más del doble en mujeres (7,22 %) que en hombres (3,23 %)** ^{F7}. Las diferencias por sexo en ansiedad crónica y depresión se hacen dos veces más frecuentes **a partir de los 45 y 55 años** ^{F7}. La Estrategia lo resume: las **mujeres** presentan índices más elevados de **depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de la alimentación**; los **hombres**, de **consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales** ^{F7}.

A escala mundial, el *Informe sobre la salud en el mundo 2001* de la OMS recoge que casi todos los estudios muestran más **depresión y ansiedad en mujeres**, en una proporción habitualmente de **1,5:1 a 2:1**. Las

diferencias en depresión entre hombres y mujeres guardan estrecha relación con la edad: **son máximas en la vida adulta**, no existen en la infancia y son escasas en los ancianos; y la mayor prevalencia femenina tiene una estrecha relación temporal con los **años de fecundidad** ^{F59}.

Suicidio. En España, en 2020, el suicidio fue la **primera causa externa de mortalidad**: 3.941 fallecimientos, **2.930 hombres y 1.011 mujeres**; en el promedio de la UE, la tasa de suicidio de los hombres es **3,7 veces** la de las mujeres ^{F7}.

Esquizofrenia. Afecta a **1 de cada 300 personas** (0,29 %) en el mundo; suele comenzar al **final de la adolescencia y en la veintena**, y **antes en los hombres que en las mujeres** ^{F8}.

«El doble» de depresión en mujeres: depende de la fuente

En España la depresión declarada es **más del doble** en mujeres que en hombres (7,22 % frente a 3,23 %) ^{F7}. La OMS, con datos mundiales, da un 6,2 % en mujeres frente a un 4,1 % en hombres: **alrededor de 1,5 veces** ^{F6}. Y ojo con los distractores: la **ansiedad** también es más frecuente en **mujeres**, el **suicidio** en **hombres** y la esquizofrenia **empieza antes en hombres** ^{F7,F8}.

EIR 2012 · 95

P44 · respuesta en el solucionario

Existe consenso en considerar que las enfermedades mentales son procesos complejos en los que se hayan...: Los episodios depresivos mayores se dan con una frecuencia casi del doble en mujeres,...

Existe consenso en considerar que las enfermedades mentales son procesos complejos en los que se hayan implicados, entre otros, factores sociodemográficos. Al considerar el sexo como un factor de riesgo, los datos apuntan a que:

1. Los hombres tienen el doble de posibilidades de presentar trastornos de ansiedad que las mujeres.
2. Los episodios depresivos mayores se dan con una frecuencia casi del doble en mujeres, sobre todo entre los 20 y 45 años.
3. En el caso de la esquizofrenia, en los hombres se observa un pico en la incidencia en el grupo de edad entre los 25 años y los 34 años, mientras que en las mujeres este incremento se produce entre los 15 y los 24 años.
4. La incidencia de la fobia social aumenta con la edad en los hombres.
5. La tasa de suicidio es entre dos y tres veces más alta en las mujeres que en los hombres.

3. Historia de la asistencia y escuelas psicológicas

Philippe Pinel, médico francés, defendió a finales del siglo XVIII un **trato más humano** a las personas con enfermedad mental: propuso **quitarles las cadenas y hablar con ellas**, y lo hizo con los internos de **La Salpêtrière (París) en 1795** ^{F11}. Esos pacientes se beneficiaron del trato más humano y **muchos pudieron salir del hospital** ^{F11}. El propio Pinel lo cuenta de otro modo en su obra: en Bicêtre, donde él no llegó a ver el fin de esa costumbre, las cadenas las quitó el vigilante **Pussin** dos años después (en el año VI del calendario republicano: 1798), y en La Salpêtrière se abolieron cuando llegó allí Pussin, tres años después que en Bicêtre ^{F64}. En su *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* (2.ª ed., 1809), Pinel lo formula así: los alienados, **lejos de ser culpables a los que hay que castigar, son enfermos** cuyo penoso estado merece todas las consideraciones debidas a la humanidad doliente, y a los que hay que intentar devolver la razón por los medios más sencillos ^{F64}.

EIR 2004 · 56

P30 · respuesta en el solucionario

Philippe Pinel: liberación de los enfermos mentales y su estatus de enfermos

¿Quién liberó de las cadenas a los enfermos mentales?:

1. Fray Jofer.
2. Kraepelin.
3. Pinel.
4. Freud.
5. Basaglia.

EIR 2013 · 154

P21 · respuesta en el solucionario

Philippe Pinel: liberación de los enfermos mentales y su estatus de enfermos

La figura de Philippe Pinel es relevante en la asistencia a los enfermos mentales porque:

1. Es el primero que atribuye a criterios organicistas el origen de la enfermedad mental.
2. Promueve una nueva imagen simbólica de la locura.
3. Funda el primer manicomio en Valencia.
4. Afirma que lo que se ha aprendido es lo que determina la conducta.
5. Reivindica para los enfermos mentales el estatus de enfermos.

La psicología es una ciencia joven, con **raíces experimentales en el siglo XIX**. **Wilhelm Wundt** fundó su **laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig en 1879**, hito de la psicología experimental ^{F12}.

La creación del laboratorio antropométrico de Wundt en Leipzig supuso el hito fundacional de la Psicología...: XIX

La creación del laboratorio antropométrico de Wundt en Leipzig supuso el hito fundacional de la Psicología Experimental a finales del siglo:

1. XVII.
2. XV.
3. XVIII.
4. XIX.
5. XX.

Escuela	Autor de referencia	Idea central ^{F12,F13,F14}
Estructuralismo	Titchener (discípulo de Wundt)	Estudia los contenidos de los procesos mentales, no su función
Funcionalismo	William James	Estudia la función de la conducta: cómo la actividad mental ayuda al organismo a adaptarse al ambiente
Gestalt	Wertheimer, Koffka, Köhler	«La forma en su conjunto»
Conductismo	Pavlov, Watson, Skinner	Estudia solo la conducta observable ; la conducta disfuncional es aprendida (respuestas condicionadas)
Psicoanálisis	Freud	Los problemas surgen del inconsciente ; se accede a él con el análisis de los sueños, la asociación de palabras y los lapsus
Humanismo	Maslow, Rogers	Potencial de bien innato en el ser humano; terapia centrada en el cliente

William James pertenecía a la corriente psicológica llamada: Funcionalismo

William James pertenecía a la corriente psicológica llamada:

1. Conductismo.
2. Psicoanálisis.
3. Estructuralismo.
4. Gestalt.
5. Funcionalismo.

Cuando hablamos de aquella técnica terapéutica que investiga lo inconsciente nos referimos al: Psicoanálisis

Cuando hablamos de aquella técnica terapéutica que investiga lo inconsciente nos referimos al:

1. Conductismo.
2. Cognitivismo.
3. Humanismo.
4. Existencialismo.
5. Psicoanálisis.

Estructura de la personalidad según Freud. El **ello** es **inconsciente**, contiene los impulsos más primitivos (hambre, sed, sexo) y **está presente desde el nacimiento**; funciona según el **principio del placer** (gratificación inmediata). El **yo** y el **superyó se desarrollan después**, con la interacción social del niño con sus padres y otras personas, para controlar al ello: el superyó recoge las normas sociales del bien y del mal, y el yo **equilibra** los impulsos del ello con el control moral del superyó ^{F13}.

Freud en una línea

Se nace con el **ELLO**; el **YO** y el **SUPERYÓ** se hacen (con la crianza).

Según la teoría freudiana sobre la estructura de la personalidad, la única instancia mental innata es: El Ello

Según la teoría freudiana sobre la estructura de la personalidad, la única instancia mental innata es:

1. El preconsciente.
2. El YO.
3. El Ello.
4. El Super-yo.

Sullivan (psicología interpersonal) describió siete épocas del desarrollo: primera infancia, niñez, **era juvenil**, preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y edad adulta. La **era juvenil** empieza con la entrada en la escuela: las relaciones interpersonales se amplían y pasan a incluir la competición con los iguales y la **subordinación a las figuras de autoridad** (maestros, director del colegio) ^{F66}.

Según Sullivan, en qué estadio del desarrollo interpersonal, el niño aprende la subordinación social a las...: Juvenil

Según Sullivan, en qué estadio del desarrollo interpersonal, el niño aprende la subordinación social a las figuras de autoridad:

1. Preadolescencia.
2. Adolescencia.
3. Juvenil.
4. Niñez.
5. Adolescencia tardía.

Modelo conductual. En la terapia de conducta el terapeuta aplica los **principios del aprendizaje** para cambiar conductas indeseables, en lugar de indagar en el pasado como el psicoanálisis. Quienes usan el **condicionamiento clásico** consideran que **las conductas disfuncionales son respuestas condicionadas** y buscan «recondicionarlas» con los principios de Pavlov; otras técnicas usan el **condicionamiento operante** (tendemos a repetir lo que se refuerza) ^{F14}. Es decir: para el conductismo la conducta desequilibrada es **resultado del aprendizaje**, no de una lesión ni de un conflicto psíquico ^{F14}.

La teoría conductual explica la conducta desequilibrada como: Resultado del aprendizaje

La teoría conductual explica la conducta desequilibrada como:

1. La causada por lesiones cerebrales.
2. Una consecuencia de alteraciones en la formación del psiquismo.
3. Un desequilibrio entre las bases somáticas y aspectos psicógenos.
4. Resultado del aprendizaje.
5. Una consecuencia de la falta de maduración e integración de las diferentes funciones nerviosas, de la conciencia y de la persona.

Eysenck (1964) definió la terapia conductual como «el intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna **teoría del aprendizaje**», definición muy citada y aceptada en general según Yates (1970), que la critica y propone otra ^{F67}. En la misma línea, Wolpe y Lazarus (1966): el objetivo de la terapia conductual es siempre **cambiar los hábitos indeseables**, aplicando operaciones del **condicionamiento** ^{F67}.

Según Hans J. Eysenck, la terapia o modificación de la conducta consiste en: Romper o crear vínculos condicionados utilizando los principios del aprendizaje...

Según Hans J. Eysenck, la terapia o modificación de la conducta consiste en:

1. Adaptarse a la enfermedad y responder positivamente a las limitaciones que ésta impone.
2. Romper o crear vínculos condicionados utilizando los principios del aprendizaje establecidos por la psicología experimental.
3. Aceptar y responder positivamente a la terapia requerida.
4. Desarrollar habilidades sociales.
5. Aprender significativamente.

Modelo humanista. Carl Rogers desarrolló la **terapia centrada en el cliente**: cambió «paciente» por «cliente» porque el primer término sugería a alguien enfermo que busca curación. Es una terapia **no directiva** (el terapeuta no aconseja ni interpreta, ayuda a la persona a identificar sus conflictos y comprender sus sentimientos), que subraya que la persona **tome el control de su propia vida**, con **escucha activa** ^{F14}. En la terapia centrada en la persona se considera que **el cliente es el experto en su propia vida** y marca la dirección general de la terapia; el terapeuta parte del supuesto de que **el cliente es quien mejor se conoce a sí mismo**, así que las soluciones viables solo pueden venir de él ^{F68}.

De los modelos conceptuales sobre la conducta humana, el que considera a la persona como la fuente más...:
Existencial – humanista

De los modelos conceptuales sobre la conducta humana, el que considera a la persona como la fuente más fiable de conocimiento respecto a sus propias capacidades, recursos y características, es el modelo:

1. Existencial – humanista.
2. Psicodinámico – psicoanalítico.
3. Sistemático.
4. Sociológico – sociocultural.
5. Interpersonal.

Enfermería de salud mental. Establecer la **relación terapéutica enfermera-paciente** es vital en los cuidados, y **en la atención psiquiátrica la relación terapéutica se considera el fundamento del cuidado y de la recuperación** del paciente ^{F48}. **Hildegard Peplau** describió sus tres fases: **orientación, trabajo y finalización** ^{F48}. En España, el programa oficial de la especialidad de **Enfermería de Salud Mental** establece que la enfermera especialista presta cuidados **utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico**, y entre sus competencias asistenciales está **utilizar la relación terapéutica como instrumento básico** de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental ^{F62}.

Cuál es el objetivo principal de la intervención enfermera en el proceso de atención a una persona con una...: El establecimiento de una relación terapéutica con el paciente

¿Cuál es el objetivo principal de la intervención enfermera en el proceso de atención a una persona con una enfermedad mental?:

1. El establecimiento de una relación terapéutica con el paciente.
2. La reducción de recaídas en los procesos crónicos.
3. Aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Disminuir la ansiedad provocada por el padecimiento de una enfermedad mental.

Postpsiquiatría (Bracken y Thomas, *BMJ* 2001): parte de una crítica de la agenda «modernista» de la psiquiatría y propone una nueva dirección para la teoría y la práctica en salud mental. **Subraya los contextos sociales y culturales**, que deben ser centrales para entender la locura; **antepone la ética a la tecnología**; trabaja para reducir al mínimo el control médico de las intervenciones coercitivas, y sostiene que **las voces de los usuarios** y supervivientes de los servicios deben ocupar ahora el **centro de la escena** ^{F65}. Se distancia de las implicaciones terapéuticas de la **antipsiquiatría**: no busca sustituir las técnicas médicas de la psiquiatría por nuevas terapias ^{F65}.

Qué teoría cuestiona los principios de la psiquiatría y propone una relación terapéutica horizontal en la...: La postpsiquiatría

¿Qué teoría cuestiona los principios de la psiquiatría y propone una relación terapéutica horizontal en la que la voz de los usuarios es crucial, los contextos adquieren mayor protagonismo como fuentes de significación, y la ética se coloca por delante de la tecnología?:

1. La antipsiquiatría.
2. La postpsiquiatría.
3. El psicoanálisis lacaniano.
4. La psicología positiva.

4. Personalidad, inteligencia y mentalización

El **modelo de los cinco factores** (McCrae y Costa) describe la personalidad con cinco dimensiones: **neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad-antagonismo y responsabilidad** (*conscientiousness*) ^{F15}. Se recuerdan con el acrónimo inglés **OCEAN**: *openness, conscientiousness, extroversion, agreeableness, neuroticism* ^{F16}. McCrae y Costa describen dos de ellas con sus dos polos: **amabilidad-antagonismo y responsabilidad-falta de dirección** ^{F15}.

Factor (OCEAN)	Qué mide ^{F15,F16}
O : apertura a la experiencia	Apertura (<i>openness to experience</i>)
C : responsabilidad	Polo opuesto: falta de dirección
E : extraversión	Extraversión
A : amabilidad	Polo opuesto: antagonismo
N : neuroticismo	Neuroticismo

EIR 2015 · 55

P40 · respuesta en el solucionario

Señale la opción FALSA. El modelo de los cinco factores de la personalidad de McCrae y Costa establece...: Felicidad y tristeza

Señale la opción FALSA. El modelo de los cinco factores de la personalidad de McCrae y Costa establece como dimensiones básicas para estudiar a la persona:

1. Neuroticismo y estabilidad emocional.
2. Extraversión e introversión.
3. Apertura mental y estrechez de miras.
4. Amabilidad y antipatía.
5. Felicidad y tristeza.

Cociente intelectual (CI). William Stern, para cuantificar las diferencias de inteligencia en la infancia y la adolescencia, elaboró la primera fórmula del CI: **CI = edad mental / edad cronológica × 100**. La edad mental es la puntuación media de un grupo de edad: un niño de 6 años que puntúa como la media de los de 8 tiene un CI de 133 ^{F56}. Otra fuente atribuye a Stern el cociente (edad mental dividida por edad cronológica) y a **Terman** la multiplicación por 100, para que el CI «normal» sea 100 ^{F57}.

El cociente intelectual es un número que describe cuantitativamente la inteligencia de las personas. Se...: Dividiendo la edad mental por la edad cronológica y multiplicando por 100 el resultado

El cociente intelectual es un número que describe cuantitativamente la inteligencia de las personas. Se calcula:

1. A partir del rendimiento académico y/o el éxito profesional.
2. Dividiendo la edad mental por la edad cronológica y multiplicando por 100 el resultado.
3. Multiplicando la edad cronológica por 100 y dividiendo el resultado por la edad mental.
4. Dividiendo la edad cronológica por la edad mental y multiplicando el resultado por 100.

Mentalización (Bateman y Fonagy): es el **proceso por el que damos sentido a los demás y a nosotros mismos**, implícita y explícitamente, **en términos de estados subjetivos y procesos mentales**; es un constructo profundamente social, porque estamos atentos a los **estados mentales** de quienes nos rodean. Es la base del tratamiento basado en la mentalización del trastorno límite de la personalidad ^{F17}.

El proceso mediante el cual entendemos la propia mente y la de los demás a partir de estados mentales...:

Mentalización

El proceso mediante el cual entendemos la propia mente y la de los demás a partir de estados mentales (emociones, pensamientos, deseos, creencias...), con la finalidad de dar sentido a la propia conducta y la del otro se denomina:

1. Autoconcepto.
2. Contratransferencia.
3. Empatía.
4. Mentalización.

5. Psicopatología de la percepción y del pensamiento

Una **alucinación** es una **experiencia perceptiva que ocurre en ausencia de estimulación externa**: es un **trastorno de la percepción** ^{F18}. Las **auditivas** (oír voces) aparecen en unos dos tercios de los pacientes con esquizofrenia y son con mucho las más frecuentes ^{F18}; pueden ser también visuales, olfativas, gustativas o táctiles ^{F19}. En la esquizofrenia, los síntomas **negativos** son otra cosa: la **disminución o pérdida de funciones normales** (afecto aplanado, alogia, abulia, anhedonia) ^{F18,F19}; las alucinaciones no están en esa lista ^{F18}.



Alucinación = percepción

Percepción **sin estímulo externo** que la produzca ^{F18}. Es un trastorno de la **percepción**, no del pensamiento (eso es el delirio), y no figura entre los síntomas **negativos** de la esquizofrenia ^{F18}.

EIR 2004 · 55

P31 · respuesta en el solucionario

Alucinación: trastorno de la percepción sin estímulo externo

¿A qué tipo de trastorno corresponden las alucinaciones?:

1. Pensamiento.
2. Conciencia.
3. Memoria.
4. Afecto.
5. Percepción.

EIR 2014 · 175

P42 · respuesta en el solucionario

Alucinación: trastorno de la percepción sin estímulo externo

Las alucinaciones son manifestaciones clínicas de la esquizofrenia que:

1. Ocurren sin estimulación externa del órgano sensorial implicado.
2. Se incluyen dentro de los síntomas negativos de la enfermedad.
3. Se caracterizan por el engrandecimiento de uno mismo de forma no realista.
4. Precisan tener en cuenta el contexto cultural de la persona.
5. Se asocian a los Síntomas Neurológicos Menores (SNM).

Una **idea delirante** es una **creencia contraria a la realidad que se mantiene con firmeza incluso ante pruebas en contra** ^{F18}; el Manual MSD la define como una creencia errónea que se mantiene a pesar de la evidencia contradictoria clara ^{F19}. El glosario de Open RN añade que es una **creencia fija y falsa, no compartida por el grupo cultural**, que persiste frente a pruebas objetivas en contra ^{F47}. El Manual MSD las distingue así: las alucinaciones son **percepciones falsas**; las ideas delirantes, **creencias falsas** ^{F19}.

Un juicio falso de la realidad, mantenido con convicción por la persona, incomprensible e irrefutable, que....: Idea delirante

Un juicio falso de la realidad, mantenido con convicción por la persona, incomprensible e irrefutable, que genera malestar subjetivo o interfiere en el funcionamiento sociolaboral de la persona afectada, se denomina:

1. Idea delirante.
2. Alucinosis.
3. Idea obsesiva.
4. Estado crepuscular.

Tipo de idea delirante	Contenido F18,F19,F20,F23
Persecutoria (paranoide)	Otros le atormentan, le siguen, le engañan o le espían; conspiran para hacerle daño
De referencia (autorreferencial)	Pasajes de libros, periódicos, canciones u otras señales del entorno se refieren a él o van dirigidos contra él
De grandeza	Tiene un poder especial, un conocimiento único o es alguien muy importante
Somática	Algo muy anormal le ocurre en el cuerpo
Celotípica (síndrome de Otelo)	La pareja le es infiel
Erotomaniaca (síndrome de De Clérambault)	Otra persona está profundamente enamorada de él
Nihilista (síndrome de Cotard)	Está muerto o no existe
Robo o inserción de pensamientos	Los demás leen su mente, sus pensamientos se transmiten a otros, o le imponen pensamientos e impulsos fuerzas extrañas

La creencia falsa e irreducible de que la pareja les es infiel, sería un delirio tipo: Celotípico

La creencia falsa e irreducible de que la pareja les es infiel, sería un delirio tipo:

1. Celotípico.
2. Erotomaniaco.
3. Nihilista.
4. Somático.

J.L.S. es un paciente varón diagnosticado de esquizofrenia paranoide que durante la entrevista de...: Idea delirante de contenido autorreferencial

J.L.S. es un paciente varón diagnosticado de esquizofrenia paranoide que durante la entrevista de valoración de enfermería verbaliza: “no puedo ver la tele porque hablan de mí en los telediarios”. ¿Qué síntomas sugiere esta expresión?:

1. Trastorno narcisista de la personalidad.
2. Idea delirante de contenido autorreferencial.
3. Delirio de difusión del pensamiento.
4. Alucinación visual.

Experiencias de influencia, pasividad o control. La CIE-11 describe la esquizofrenia por alteraciones del pensamiento (p. ej., ideas delirantes), de la percepción (p. ej., alucinaciones) y de la **experiencia personal**: la experiencia de que los **sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa** ^{F49}. Entre sus requisitos diagnósticos, las experiencias de influencia, pasividad o control son la vivencia de que los sentimientos, impulsos, **acciones** o pensamientos **no los genera uno mismo**, de que otros le introducen o le retiran pensamientos, o de que sus pensamientos se transmiten a los demás; con las ideas delirantes y las alucinaciones persistentes y los trastornos del pensamiento, se consideran **síntomas centrales** ^{F49}.

Un paciente acude a urgencias, visiblemente nervioso y alterado. En la entrevista inicial refiere: “desde...: Fenómenos de pasividad

Un paciente acude a urgencias, visiblemente nervioso y alterado. En la entrevista inicial refiere: “desde que sentí aquellas ondas magnéticas no puedo controlar mi cuerpo, las piernas se mueven solas y esas ondas manejan todos mis órganos, he perdido el control sobre mi cuerpo”. Está describiendo:

1. Delirio autorreferencial.
2. Alucinaciones cinestésicas.
3. Fenómenos de pasividad.
4. Hipocondría psicótica.

Síndromes de falsa identificación. En el **síndrome de Capgras** la persona cree de forma recurrente que alguien, **normalmente un familiar, ha sido sustituido por un impostor** ^{F21}. En el **síndrome de Frégoli**, al revés, cree que **personas conocidas se le presentan disfrazadas de otras** ^{F22}. Creer que uno está muerto o no existe es el **síndrome de Cotard** ^{F23}.

Capgras frente a Frégoli

Capgras: cara conocida, persona falsa (un **impostor** con el aspecto del familiar) ^{F21}. **Frégoli:** cara desconocida, persona conocida (el conocido va **disfrazado**) ^{F22}.

Señale la respuesta correcta en relación con el Síndrome de Capgras y la vivencia de la persona que lo padece: Cree que personas cercanas a ella han sido suplantadas por otras, manteniendo la...

Señale la respuesta correcta en relación con el Síndrome de Capgras y la vivencia de la persona que lo padece:

1. Cree que personas cercanas a ella han sido suplantadas por otras, manteniendo la apariencia física.
2. Niega la existencia de partes de su cuerpo, la propia existencia y/o la del mundo entero.
3. Siente que ha sido víctima de una infestación por parásitos.
4. Cree que varias personas se intercambian la identidad, pero manteniendo su mismo aspecto.

Otros términos del glosario de psicosis de Open RN: la **ecolalia** es la **repetición patológica de las palabras de otra persona**; los **neologismos** son **palabras o expresiones creadas** por la persona con esquizofrenia; la **alogia**, la reducción o pobreza del habla ^{F47}.

Término	Definición ^{F47}
Ecolalia	Repetición patológica de las palabras de otra persona
Ecopraxia	Imitación de los movimientos de otra persona
Neologismos	Palabras o expresiones inventadas por la persona con esquizofrenia
Alogia	Reducción o pobreza del habla

Cuando los pacientes esquizofrénicos responden utilizando las mismas palabras de la pregunta que les han...: Ecolalia

Cuando los pacientes esquizofrénicos responden utilizando las mismas palabras de la pregunta que les han realizado, se denomina:

1. Tics.
2. Ecolalia.
3. Manierismo.
4. Neologismo.
5. Esterotipia.

Trastornos del habla (protocolo de la Asociación Española de Pediatría): los **trastornos fonéticos (dislalia)** son la **dificultad para articular adecuadamente los sonidos** esperables para la edad; las **disglosias** son alteraciones del habla **de base orgánica**, de la articulación de fonemas o de la resonancia, por **anomalías anatómicas de los órganos del habla** (labio leporino, fisura palatina, macroglosia...); la **disartria**, alteraciones articulatorias por afectación de las vías motoras centrales, los nervios craneales o la musculatura bucofaringea; y la **disfemia**, un trastorno de la **fluidez** del habla ^{F52}.

Los trastornos del habla por incapacidad funcional que se manifiestan como problemas en la articulación de...:
Dislalias

Los trastornos del habla por incapacidad funcional que se manifiestan como problemas en la articulación de los fonemas, se denominan:

1. Disfonías.
2. Disfemias.
3. Disglosias.
4. Afasias.
5. Dislalias.

6. Conciencia del yo y afectividad

La **despersonalización** es la vivencia de **irrealidad, desapego o extrañeza respecto a uno mismo** o a aspectos del yo: la persona puede sentir que sus pensamientos y sentimientos no son suyos, sentirse **como un robot** sin control sobre sus movimientos o su habla ^{F25}. El Manual MSD la describe como la sensación de **desconexión del propio cuerpo, mente, sentimientos o sensaciones**, de ser un **observador externo** de la propia vida, sentirse **irreal** o como un autómatas ^{F24}. En la **desrealización**, lo extraño e irreal es el **entorno** (personas, objetos), como si se viviera en un sueño o tras un cristal ^{F24}.

Despersonalización, no alucinación

Quien dice que su cuerpo es de madera, que no es suyo o que es un autómatas describe una vivencia alterada **del propio yo o del cuerpo** (despersonalización) ^{F24,F25}; la alucinación es una **percepción sin estímulo externo** ^{F18}. Si lo irreal es el mundo exterior, es **desrealización** ^{F24}.

EIR 2016 · 225

P16 · respuesta en el solucionario

Una persona explica a la enfermera que su cuerpo es de madera y pesa mucho. La enfermera interpreta esta...:
Despersonalización

Una persona explica a la enfermera que su cuerpo es de madera y pesa mucho. La enfermera interpreta esta frase como:

1. Compulsión.
2. Alucinación.
3. Despersonalización.
4. Obsesión.

Término	Definición ^{F18,F19,F24,F26}
Anhedonia	Incapacidad de experimentar placer ; poco interés por lo que a la mayoría le resulta placentero (aficiones, ocio, sexo)
Abulia (avolición)	Falta de motivación y deseo reducido de emprender actividades dirigidas a objetivos, incluso las más básicas (aseo)
Afecto aplanado	Cara inexpresiva, sin contacto ocular y sin expresividad
Alogia	Pobreza del habla: habla poco, con respuestas secas o lacónicas
Alexitimia	No poder reconocer ni describir las propias emociones
Manía (episodio maníaco)	Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable , con aumento de la actividad o la energía, durante ≥ 1 semana

La persona con **anhedonia** muestra poco interés por lo que a la mayoría le resulta placentero, como las **aficiones, el ocio** o la actividad sexual: no experimenta placer ^{F18}. No confundir con la **abulia**, que es falta de motivación para hacer, ni con el **afecto aplanado**, que es falta de expresión emocional visible ^{F19}.

Eva, usuaria de 19 años, acude a consulta para valoración enfermera. Refiere que desde hace...: Anhedonia

Eva, usuaria de 19 años, acude a consulta para valoración enfermera. Refiere que desde hace aproximadamente dos meses se siente con el ánimo bajo. Destaca que actividades que antes le resultaban placenteras, como ir al cine, escuchar música o pasar tiempo con su mascota, ya no le generan el mismo disfrute. ¿Cómo se denomina este síntoma?:

1. Abulia.
2. Anhedonia.
3. Aplanamiento emocional.
4. Depresión reactiva.

La **alexitimia** (no poder reconocer ni describir las emociones) aparece, por ejemplo, en algunos pacientes con despersonalización ^{F24}. En la **manía** el ánimo está **elevado, expansivo o irritable**: el trastorno bipolar I se define por al menos **un episodio maníaco**, y el episodio maníaco por un ánimo anormal y persistentemente **elevado, expansivo o irritable** con más actividad o energía durante ≥ 1 semana (o menos si requiere hospitalización), más ≥ 3 síntomas adicionales (≥ 4 si el ánimo es solo irritable) ^{F26}.

La dificultad para identificar y describir las emociones, se denomina: Alexitimia

La dificultad para identificar y describir las emociones, se denomina:

1. Disforia.
2. Alogia.
3. Agnosia.
4. Alexitimia.
5. Poliopia.

Dentro de los estados de ánimo, el que se caracteriza porque la persona presenta una exaltación de éste,...: Manía

Dentro de los estados de ánimo, el que se caracteriza porque la persona presenta una exaltación de éste, se denomina:

1. Depresión.
2. Eutimia.
3. Amina.
4. Manía.
5. Folie circulaire.

Paratimia (*parathymia*): **afecto incongruente**. El sistema AMDP de documentación psicopatológica la clasifica entre las **alteraciones del afecto** («Parathymia (incongruent affect)») ^{F51}. Parnas, en su tabla de rasgos clínicos

nucleares de la esquizofrenia, recoge entre los signos la **modulación afectiva** inadecuada (paratimia) o disminuida ^{F50}.

EIR 2023 · 195

P35 · respuesta en el solucionario

Entre las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, ¿qué es la paratimia: Un síntoma afectivo

Entre las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, ¿qué es la paratimia?:

1. Un síntoma afectivo.
2. Un síntoma positivo.
3. Una alteración conductual.
4. Un síntoma cognitivo.

7. Memoria, atención y amnesias

Modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968). Para que un recuerdo llegue al almacenamiento, tiene que pasar por **tres etapas: memoria sensorial → memoria a corto plazo → memoria a largo plazo** ^{F27}. La **última etapa** es, por tanto, la **memoria a largo plazo** ^{F27}.

EIR 2006 · 110

P48 · respuesta en el solucionario

En el modelo multialmacén descrito por Atkinson y Shiffrin (1968), la última etapa en el proceso de la...: La de largo plazo y la permanente

En el modelo multialmacén descrito por Atkinson y Shiffrin (1968), la última etapa en el proceso de la información es:

1. La visual, auditiva y háptica.
2. La temporal.
3. La de repaso y codificación.
4. La de corto plazo.
5. La de largo plazo y la permanente.

La memoria a largo plazo se divide en **explícita (declarativa)**, la que puede expresarse con palabras, e **implícita**, que incluye la **procedimental**. La explícita comprende la **memoria episódica** y la **semántica** ^{F27}. La **episódica** es la información sobre **acontecimientos vividos personalmente** (el recuerdo del último cumpleaños): memoria de sucesos ocurridos **en lugares concretos y en momentos concretos**, el qué, dónde y cuándo de un suceso (Tulving) ^{F27}. La **semántica** guarda conocimientos y conceptos generales; la **procedimental**, habilidades y hábitos ^{F27}.

Tipo de memoria a largo plazo	Qué guarda ^{F27}
Explícita / declarativa: episódica	Sucesos personales situados en tiempo y lugar
Explícita / declarativa: semántica	Conocimientos, conceptos, hechos
Implícita: procedimental (entre otras)	Habilidades y hábitos (montar en bici)

La memoria episódica es: Declarativa o explícita, de experiencias personales basada en el recuerdo de sucesos...

La memoria episódica es:

1. No declarativa o implícita, que guarda habilidades, hábitos o rutinas de la vida diaria. Su adquisición depende de la cantidad de tiempo empleado en practicarlos y el tipo de adiestramiento utilizado.
2. Declarativa o explícita, de experiencias personales basada en el recuerdo de sucesos concretos localizables en el tiempo y en un lugar específico.
3. Semántica a largo plazo.
4. La que permite retener conceptos, conocimientos y acontecimientos.
5. La que se utiliza a corto plazo, por ejemplo, para recordar la estrofa de una canción repitiéndola varias veces durante unos minutos.

Curva de posición serial. Las palabras del principio (**efecto de primacía**) y del final de una lista (**efecto de recencia**) se recuerdan mejor que las del medio (Glanzer y Cunitz, 1966). La interpretación más aceptada atribuye el recuerdo del principio y del medio de la lista a la consolidación en la **memoria a largo plazo**, y el efecto de recencia a un **almacén fonológico a corto plazo** ^{F55}.

En la conocida como “curva de posición serial”, el efecto de recencia se debe a: El funcionamiento de la Memoria a Corto Plazo

En la conocida como “curva de posición serial”, el efecto de recencia se debe a:

1. El funcionamiento de la Memoria a Largo Plazo.
2. El funcionamiento de la Memoria a Corto Plazo.
3. El funcionamiento de la Memoria Ecoica.
4. El funcionamiento de la atención selectiva.

Amnesias. Retrógrada: afecta a los acontecimientos **anteriores** al suceso causal; impide recuperar lo ya almacenado en la memoria a largo plazo. **Anterógrada:** **incapacidad para almacenar recuerdos nuevos después** del suceso causal; se recuerda lo previo a la lesión, pero no lo nuevo ^{F28,F29}. En la anterógrada suele estar afectado el **hipocampo**; el paciente H. M., tras su cirugía, leía una y otra vez la misma revista sin recordar haberla leído ^{F28}.

Antes o después

Retrógrada = hacia **atrás** (lo anterior a la lesión). **Anterógrada** = hacia **adelante** (no se graba lo posterior) ^{F29}.

El déficit de memoria que abarca el período posterior a la aparición del trastorno responsable de la...: Amnesia anterógrada

El déficit de memoria que abarca el período posterior a la aparición del trastorno responsable de la amnesia se denomina:

1. Amnesia retrógrada.
2. Amnesia lacunar.
3. Amnesia afectiva.
4. Amnesia selectiva.
5. Amnesia anterógrada.

Atención. Según el modelo de **Sohlberg y Mateer**, la atención tiene **5 componentes: focalizada** (responder de forma discreta a estímulos concretos), **sostenida** (respuesta continua a los estímulos presentados), **selectiva** (centrarse en una tarea evitando los estímulos que distraen), **alternante** (cambiar la atención de una tarea o estímulo a otro) y **dividida** (procesar **varias entradas cognitivas a la vez**). La sostenida y la selectiva sirven para atender a una tarea cada vez; la alternante y la dividida, para concentrarse en más de una ^{F53}.

Acude al domicilio de Juan de 20 años que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico tras un accidente de...: Atención dividida

Acude al domicilio de Juan de 20 años que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico tras un accidente de tráfico. La madre le informa de que, desde entonces Juan no es capaz de atender “a dos cosas” al mismo tiempo. ¿Qué tipo de atención tiene afectada?

1. Atención dividida.
2. Atención alternante.
3. Atención selectiva.
4. Atención focalizada.

Teoría del filtro de Broadbent (1958). Es un modelo de **cuello de botella** estructural: sitúa un **cuello de botella** de procesamiento de **canal único** justo antes del análisis perceptivo, de modo que solo se percibe un estímulo cada vez mientras el otro espera en una cola ecoica o de imagen ^{F54}.

El modelo de funcionamiento de la atención de Broadbent también es conocido como: Modelo de cuello de botella

El modelo de funcionamiento de la atención de Broadbent también es conocido como:

1. Modelo de capacidad limitada.
2. Modelo multialmacén.
3. Modelo de cuello de botella.
4. Modelo de arousal.
5. Modelo cognitivo.

8. Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta

Trastorno del espectro autista (TEA). Dos características nucleares (criterios troncales del DSM): **déficits persistentes en la comunicación y la interacción social** y **patrones repetitivos de conducta, intereses o actividades**; ambas deben estar presentes desde una edad temprana, aunque no se reconozcan en ese momento ^{F31,F32}. Los patrones repetitivos incluyen movimientos o habla estereotipados (aleteo de manos, **ecolalia**, alinear juguetes) ^{F31}. La **discapacidad intelectual**, la inatención o el retraso del lenguaje **no** son criterios troncales ^{F31,F32}. El DSM-5 agrupó en el TEA el trastorno autista, el de Asperger, el desintegrativo infantil y el TGD no especificado ^{F32}.

EIR 2024 · 190

P6 · respuesta en el solucionario

Cuál de los siguientes síntomas se considera un criterio diagnóstico troncal en el trastorno del espectro...: Deficiencia persistente en la interacción social

¿Cuál de los siguientes síntomas se considera un criterio diagnóstico troncal en el trastorno del espectro autista según el DSM 5-TR?:

1. Deficiencia persistente en la interacción social.
2. Alteración de la capacidad intelectual.
3. Patrón persistente de inatención.
4. Alteración del desarrollo del lenguaje.

- **Edad del diagnóstico:** a veces se detecta a los 18 meses o antes; **a los 2 años, el diagnóstico de un profesional experto puede considerarse fiable** ^{F33}.
- **Curso:** es una condición del neurodesarrollo **para toda la vida** (*lifelong*) ^{F34}; no remite en la edad adulta.
- **Sexo:** unas **4 veces más frecuente en varones** según el Manual MSD ^{F31} (más de 3 veces, según los CDC ^{F33}).
- **Camuflaje en mujeres:** las mujeres **camuflan** sus rasgos más que los varones, lo que contribuye a que se las diagnostique **más tarde** ^{F35}.

EIR 2026 · 60

P2 · respuesta en el solucionario

Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es correcta: El fenómeno del camuflaje social es más frecuente en mujeres con TEA, lo que puede...

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es correcta?:

1. El diagnóstico de TEA no puede establecerse de manera fiable antes de los 3 años o de alcanzar una edad mental equivalente.
2. En la edad adulta, la mayoría de las personas con TEA experimentan una remisión completa de los síntomas nucleares del trastorno.
3. El fenómeno del camuflaje social es más frecuente en mujeres con TEA, lo que puede contribuir a su infradiagnóstico.
4. La prevalencia del TEA es similar en ambos sexos cuando se aplican los mismos criterios diagnósticos y herramientas de cribado en la infancia.

TDAH. La GPC del SNS lo describe como un **trastorno crónico** que se inicia normalmente en la infancia y en muchas ocasiones perdura hasta la edad adulta, y que requiere tratamiento de larga duración ^{F36}. Es **2 veces más frecuente en varones**; el tipo con predominio de hiperactividad/impulsividad es más frecuente en varones, mientras que el de **predominio de déficit de atención se observa con igual frecuencia en ambos sexos** ^{F38}.

Metilfenidato y adicción. La ficha técnica pide vigilar el riesgo de **abuso, mal uso o tráfico** y atribuye tolerancia y dependencia psicológica al **abuso crónico** del fármaco ^{F37}. En el **tratamiento prescrito**, la GPC del SNS señala que los psicoestimulantes en edades tempranas **no parecen asociarse al consumo posterior de sustancias adictivas**, salvo la dependencia de nicotina y salvo que exista un componente asociado al TDAH como los trastornos de conducta; algunos estudios sugieren incluso **menor riesgo** de trastorno por uso de sustancias, y el seguimiento a 8 años del estudio MTA no encontró asociación ni beneficiosa ni dañina entre la medicación y el abuso de drogas en adolescentes ^{F36}.

Pausas del tratamiento. La ficha técnica indica que el tratamiento no debe ser indefinido y recomienda **suspenderlo temporalmente al menos una vez al año** para evaluar al paciente, **en niños preferiblemente durante las vacaciones** ^{F37}. La GPC recomienda no interrumpir el tratamiento para evitar recaídas, pero **plantea un descanso durante las vacaciones escolares si el crecimiento se ve afectado** ^{F36}. En determinados casos, pues, sí puede interrumpirse en vacaciones ^{F36,F37}.

EIR2025-194: la presentación inatenta «más frecuente en niñas»

En EIR2025-194 («¿cuál es INCORRECTA?») la respuesta oficial es la del metilfenidato y la adicción, que encaja con las fuentes ^{F36,F37}. Pero la clave da por **correcta** la opción de que la presentación **inatenta es más frecuente en niñas**, y el Manual MSD dice que el tipo con predominio de déficit de atención **se observa con igual frecuencia en ambos sexos** ^{F38}. Lo que sí se deduce del MSD es que, como la forma hiperactiva-impulsiva predomina en varones, en las niñas la inatenta pesa proporcionalmente más; la afirmación del examen solo es defendible en ese sentido ^{F38}. La respuesta oficial no se toca.

EIR 2025 · 194

P34 · respuesta en el solucionario

Cuál de las siguientes afirmaciones se considera INCORRECTA sobre el Trastorno por déficit de atención con...: La terapia farmacológica con metilfenidato a largo plazo puede provocar adicción

Cuál de las siguientes afirmaciones se considera INCORRECTA sobre el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH):

1. La terapia farmacológica con metilfenidato a largo plazo puede provocar adicción.
2. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo crónico.
3. El TDAH difiere en su presentación clínica por género, siendo la presentación inatenta más frecuente en niñas.
4. En determinados casos el tratamiento farmacológico puede ser interrumpido en los periodos vacacionales.

Trastorno de conducta. Patrón de conducta **recurrente o persistente que viola los derechos de los demás o las normas sociales propias de la edad** ^{F39}. Criterios DSM-5-TR (según MSD): ≥ 3 conductas en los últimos 12 meses (y ≥ 1 en los últimos 6) entre **agresión a personas y animales**, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violaciones graves de las normas ^{F39}. Se diagnostica típicamente **antes de la edad adulta**, y los criterios

del DSM-5 apenas cambiaron respecto al DSM-IV ^{F40}; en ese criterio, una conducta característica **antes de los 10 años** define el **subtipo de inicio infantil** frente al de inicio adolescente ^{F41}. El **DSM-5** mantiene la regla: tipo de **inicio infantil** si hay **al menos un síntoma** característico del trastorno **antes de los 10 años**; de inicio adolescente si no hay ninguno antes de esa edad ^{F63}.

Trastorno	Rasgo diferencial ^{F39,F40,F42,F63}
Trastorno de conducta	Niños y adolescentes; viola derechos ajenos o normas; inicio infantil si hay síntomas antes de los 10 años
Trastorno de personalidad antisocial	Solo en personas de ≥ 18 años , con trastorno de conducta antes de los 15

EIR 2025 · 197

P3 · respuesta en el solucionario

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento donde no se respetan las normas o reglas sociales....: Trastorno de conducta

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento donde no se respetan las normas o reglas sociales propias de la edad, los derechos de los demás, se producen agresiones físicas a personas o animales y con inicio antes de los diez años, se corresponde con:

1. Trastorno de conducta.
2. Trastorno explosivo intermitente.
3. Trastorno de personalidad antisocial.
4. Trastorno adaptativo.

9. Delirium, trastornos facticios, somáticos, disociativos y disforia de género

Delirium (en el Manual MSD, «delirio»): alteración **aguda, fluctuante, transitoria y habitualmente reversible** de la **atención**, las funciones cognitivas y el **nivel de consciencia**; aparece en horas o días y fluctúa a lo largo del día ^{F30}. Sus causas son **médicas o farmacológicas**: casi cualquier afección médica o la exposición a medicamentos (sobre todo anticolinérgicos y opioides), deshidratación, infección; el tratamiento es **corregir la causa** ^{F30}. El **pensamiento se vuelve desorganizado** y el habla desordenada; puede haber alucinaciones, ideas delirantes y paranoia ^{F30}. Es grave: **del 30 al 50 %** de los pacientes hospitalizados con delirium **mueren en el año siguiente** ^{F30}.

Las pautas de la **CIE-10** (OMS, 1992) para el delirium piden, entre otras áreas, una alteración global de la cognición: distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones (sobre todo visuales) y deterioro del pensamiento abstracto y de la comprensión, **con o sin ideas delirantes transitorias**, pero típicamente con cierto grado de **incoherencia** ^{F60}.

Delirium no es delirio (idea delirante)

El delirium se debe a una **afección médica o a fármacos** y cursa con **inatención y consciencia fluctuante**; los trastornos psiquiátricos, al contrario, casi nunca producen inatención ni consciencia fluctuante ^{F30}. En el delirium el **pensamiento se desorganiza** y el habla se vuelve desordenada; las ideas delirantes y la paranoia aparecen en ese contexto ^{F30}.

EIR 2021 · 78

P37 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Delirium: El sistema de ideas delirantes es estructurado y sistematizado

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Delirium:

1. La etiología es orgánica, con origen en una enfermedad médico-quirúrgica o debido a una alteración cerebral o extracerebral.
2. Es un problema potencialmente grave que conlleva una alta tasa de mortalidad si no se hace un diagnóstico y tratamiento temprano.
3. El sistema de ideas delirantes es estructurado y sistematizado.
4. Existe alteración del estado de consciencia.

Trastorno facticio autoimpuesto (síndrome de Munchausen): **falsificación de síntomas físicos o psicológicos sin un incentivo externo evidente**; la motivación es **asumir el papel de enfermo** ^{F43}. Lo que lo define es la **ausencia de un incentivo externo evidente**; en la **simulación** el engaño busca un beneficio externo (dinero, bajas laborales) ^{F43}.

El síndrome que incluye la producción o simulación intencionada de síntomas físicos o psicológicos en uno...:
Trastorno facticio

El síndrome que incluye la producción o simulación intencionada de síntomas físicos o psicológicos en uno mismo, incluso sin que exista un beneficio externo evidente, con el objetivo de asumir el papel de enfermo, se denomina:

1. Trastorno facticio.
2. Trastorno somatomorfo.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno de personalidad histriónica.

Trastorno de conversión (hoy **trastorno de síntomas neurológicos funcionales**): síntomas o déficits neurológicos que aparecen **de forma inconsciente e involuntaria** y que en general afectan a una **función motora o sensitiva**, incompatibles con las vías anatómicas o los mecanismos fisiopatológicos conocidos ^{F44}. El término «conversión» viene de **Freud**, para quien los síntomas funcionales que no explicaba ninguna enfermedad reflejaban un **conflicto inconsciente**; en los modelos psicodinámicos, el conflicto emocional se reprime en el inconsciente y **se convierte en un síntoma**, como una especie de **mecanismo de defensa** frente a los sentimientos negativos que el conflicto induciría ^{F61}. El DSM-5 sustituyó los trastornos somatomorfos por los **trastornos de síntomas somáticos y relacionados** ^{F45}, y el Manual MSD sitúa ahí el trastorno de síntomas neurológicos funcionales ^{F44}. El diagnóstico solo se plantea después de que el examen médico completo y las pruebas hayan **descartado trastornos neurológicos o médicos** que puedan explicar completamente los síntomas y sus efectos ^{F44}.

En la etiopatogenia de los trastornos psicósomáticos la conversión se describe como: Mecanismo defensivo psicológico mediante el cual la angustia es transformada en...

En la etiopatogenia de los trastornos psicósomáticos la conversión se describe como:

1. Supone el cortejo somático que acompaña a determinados contenidos psicológicos conscientes o inconscientes. Afecta fundamentalmente a órganos dependientes del sistema nervioso autónomo.
2. Consiste en la aparición de una lesión en un órgano.
3. Representa la alteración de una función orgánica mantenida en el tiempo, en el ámbito del sistema nervioso autónomo, y que es posible su objetivación por medios habituales de exploración.
4. La preocupación intensa o incluso la convicción de presentar una enfermedad grave, sobre todo una que sea socialmente destacada, como cáncer o infarto de miocardio, a pesar de la negatividad de las pruebas diagnósticas efectuadas.
5. Mecanismo defensivo psicológico mediante el cual la angustia es transformada en manifestaciones corporales, que se expresan principalmente a través del sistema neuromuscular voluntario o sensorio-perceptivo.

Trastornos disociativos: la persona se «separa» de su sentido nuclear del yo; la memoria y la identidad se alteran por una causa psicológica y no física. El DSM-5 incluye la **amnesia disociativa**, el **trastorno de**

despersonalización/desrealización y el **trastorno de identidad disociativo** ^{F25}. El **trastorno de conversión** no está aquí, sino en los de síntomas somáticos ^{F44}; el **facticio**, tampoco (el Manual MSD lo sitúa también entre los trastornos de síntomas somáticos y relacionados) ^{F43}.

EIR 2021 · 178

P11 · respuesta en el solucionario

Cuál de los siguientes trastornos se clasifican dentro de los Trastornos Disociativos según el DSM-5: Trastorno de despersonalización/desrealización

¿Cuál de los siguientes trastornos se clasifican dentro de los Trastornos Disociativos según el DSM-5?:

1. Trastorno de estrés postraumático.
2. Trastorno de despersonalización/desrealización.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno facticio.

Disforia de género (DSM-5): diferencia **marcada entre el género sentido o expresado y el asignado**, durante al menos **seis meses**; en niños, el **deseo de ser del otro género** debe estar presente y verbalizarse ^{F46}. El DSM-5 **sustituyó el nombre «trastorno de identidad de género» por «disforia de género»**, y subraya que la disconformidad de género no es en sí un trastorno mental: lo esencial es el **malestar clínicamente significativo** ^{F46}.

EIR 2019 · 193

P14 · respuesta en el solucionario

Según el DSM-V, una marcada incongruencia entre el sexo sentido y sus caracteres sexuales primarios o...: Disforia de género

Según el DSM-V, una marcada incongruencia entre el sexo sentido y sus caracteres sexuales primarios o secundarios, añadido al deseo de ser y ser tratado como del otro sexo, son criterios diagnósticos para:

1. Trastorno de identidad de género.
2. Disforia de género.
3. Trastorno dismórfico corporal.
4. Trastorno transexual.

Todas las preguntas del tema (31)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 64

P1 · respuesta en el solucionario

Eva, usuaria de 19 años, acude a consulta para valoración enfermera. Refiere que desde hace aproximadamente dos meses se siente con el ánimo bajo. Destaca que actividades que antes le resultaban placenteras, como ir al cine, escuchar música o pasar tiempo con su mascota, ya no le generan el mismo disfrute. ¿Cómo se denomina este síntoma?:

1. Abulia.
2. Anhedonia.
3. Aplanamiento emocional.
4. Depresión reactiva.

EIR 2026 · 60

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es correcta?:

1. El diagnóstico de TEA no puede establecerse de manera fiable antes de los 3 años o de alcanzar una edad mental equivalente.
2. En la edad adulta, la mayoría de las personas con TEA experimentan una remisión completa de los síntomas nucleares del trastorno.
3. El fenómeno del camuflaje social es más frecuente en mujeres con TEA, lo que puede contribuir a su infradiagnóstico.
4. La prevalencia del TEA es similar en ambos sexos cuando se aplican los mismos criterios diagnósticos y herramientas de cribado en la infancia.

EIR 2025 · 197

P3 · respuesta en el solucionario

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento donde no se respetan las normas o reglas sociales propias de la edad, los derechos de los demás, se producen agresiones físicas a personas o animales y con inicio antes de los diez años, se corresponde con:

1. Trastorno de conducta.
2. Trastorno explosivo intermitente.
3. Trastorno de personalidad antisocial.
4. Trastorno adaptativo.

El proceso mediante el cual entendemos la propia mente y la de los demás a partir de estados mentales (emociones, pensamientos, deseos, creencias...), con la finalidad de dar sentido a la propia conducta y la del otro se denomina:

1. Autoconcepto.
2. Contratransferencia.
3. Empatía.
4. Mentalización.

¿Qué teoría cuestiona los principios de la psiquiatría y propone una relación terapéutica horizontal en la que la voz de los usuarios es crucial, los contextos adquieren mayor protagonismo como fuentes de significación, y la ética se coloca por delante de la tecnología?:

1. La antipsiquiatría.
2. La postpsiquiatría.
3. El psicoanálisis lacaniano.
4. La psicología positiva.

¿Cuál de los siguientes síntomas se considera un criterio diagnóstico troncal en el trastorno del espectro autista según el DSM 5-TR?:

1. Deficiencia persistente en la interacción social.
2. Alteración de la capacidad intelectual.
3. Patrón persistente de inatención.
4. Alteración del desarrollo del lenguaje.

Señale la respuesta correcta en relación con el Síndrome de Capgras y la vivencia de la persona que lo padece:

1. Cree que personas cercanas a ella han sido suplantadas por otras, manteniendo la apariencia física.
2. Niega la existencia de partes de su cuerpo, la propia existencia y/o la del mundo entero.
3. Siente que ha sido víctima de una infestación por parásitos.
4. Cree que varias personas se intercambian la identidad, pero manteniendo su mismo aspecto.

Un paciente acude a urgencias, visiblemente nervioso y alterado. En la entrevista inicial refiere: “desde que sentí aquellas ondas magnéticas no puedo controlar mi cuerpo, las piernas se mueven solas y esas ondas manejan todos mis órganos, he perdido el control sobre mi cuerpo”. Está describiendo:

1. Delirio autorreferencial.
2. Alucinaciones cinestésicas.
3. Fenómenos de pasividad.
4. Hipocondría psicótica.

Un juicio falso de la realidad, mantenido con convicción por la persona, incomprensible e irrefutable, que genera malestar subjetivo o interfiere en el funcionamiento sociolaboral de la persona afectada, se denomina:

1. Idea delirante.
2. Alucinosis.
3. Idea obsesiva.
4. Estado crepuscular.

El proceso de atribución errónea de síntomas físicos a la enfermedad mental con el consiguiente infradiagnóstico de enfermedades físicas y retraso en el tratamiento, se denomina:

1. Trastorno de síntomas somáticos.
2. Síndrome metabólico.
3. Eclipse diagnóstico.
4. Fenómeno de pasividad.

¿Cuál de los siguientes trastornos se clasifican dentro de los Trastornos Disociativos según el DSM-5?:

1. Trastorno de estrés postraumático.
2. Trastorno de despersonalización/desrealización.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno facticio.

Según la clasificación de A. Lobo, ¿cuál de los siguientes trastornos psíquicos se considera psicótico o potencialmente psicótico?:

1. Trastorno de personalidad antisocial.
2. Trastorno bipolar.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
4. Trastorno de adaptación.

J.L.S. es un paciente varón diagnosticado de esquizofrenia paranoide que durante la entrevista de valoración de enfermería verbaliza: “no puedo ver la tele porque hablan de mí en los telediarios”. ¿Qué síntomas sugiere esta expresión?:

1. Trastorno narcisista de la personalidad.
2. Idea delirante de contenido autorreferencial.
3. Delirio de difusión del pensamiento.
4. Alucinación visual.

Según el DSM-V, una marcada incongruencia entre el sexo sentido y sus caracteres sexuales primarios o secundarios, añadido al deseo de ser y ser tratado como del otro sexo, son criterios diagnósticos para:

1. Trastorno de identidad de género.
2. Disforia de género.
3. Trastorno dismórfico corporal.
4. Trastorno transexual.

La creencia falsa e irreducible de que la pareja les es infiel, sería un delirio tipo:

1. Celotípico.
2. Erotomaniaco.
3. Nihilista.
4. Somático.

Una persona explica a la enfermera que su cuerpo es de madera y pesa mucho. La enfermera interpreta esta frase como:

1. Compulsión.
2. Alucinación.
3. Despersonalización.
4. Obsesión.

Según la teoría freudiana sobre la estructura de la personalidad, la única instancia mental innata es:

1. El preconsciente.
2. El YO.
3. El Ello.
4. El Super-yo.

El cociente intelectual es un número que describe cuantitativamente la inteligencia de las personas. Se calcula:

1. A partir del rendimiento académico y/o el éxito profesional.
2. Dividiendo la edad mental por la edad cronológica y multiplicando por 100 el resultado.
3. Multiplicando la edad cronológica por 100 y dividiendo el resultado por la edad mental.
4. Dividiendo la edad cronológica por la edad mental y multiplicando el resultado por 100.

En la conocida como “curva de posición serial”, el efecto de recencia se debe a:

1. El funcionamiento de la Memoria a Largo Plazo.
2. El funcionamiento de la Memoria a Corto Plazo.
3. El funcionamiento de la Memoria Ecoica.
4. El funcionamiento de la atención selectiva.

La American Psychiatric Association (1994) definió la enfermedad mental como:

1. Un síndrome que tiene manifestaciones psicológicas o conductuales asociadas a una alteración del funcionamiento secundaria a una anomalía social, psicológica, genética, fisicoquímica o biológica.
2. Un trastorno limitado exclusivamente a la persona que lo padece.
3. La aceptación por parte del enfermo de sus actos.
4. La posibilidad de la persona para afrontar el estrés.
5. Una enfermedad que confina a las personas a los asilos y manicomios.

La figura de Philippe Pinel es relevante en la asistencia a los enfermos mentales porque:

1. Es el primero que atribuye a criterios organicistas el origen de la enfermedad mental.
2. Promueve una nueva imagen simbólica de la locura.
3. Funda el primer manicomio en Valencia.
4. Afirma que lo que se ha aprendido es lo que determina la conducta.
5. Reivindica para los enfermos mentales el estatus de enfermos.

Señale la afirmación correcta en relación a los patrones epidemiológicos de los problemas mentales:

1. A partir de los 65 años la prevalencia de padecer un problema de salud mental grave disminuye progresivamente.
2. La población actual menor de 20 años tiene menos posibilidades de padecer trastornos mentales que sus padres.
3. En la población juvenil cada vez se asocian más los trastornos mentales y el alcoholismo, las toxicomanías y la violencia.
4. Existe una escasa relación entre los trastornos mentales con el ambiente de la vida social.
5. Los efectos de los cambios sociales rápidos hacen que las personas sean más resistentes desde el punto de vista de la salud mental.

De los modelos conceptuales sobre la conducta humana, el que considera a la persona como la fuente más fiable de conocimiento respecto a sus propias capacidades, recursos y características, es el modelo:

1. Existencial – humanista.
2. Psicodinámico – psicoanalítico.
3. Sistemático.
4. Sociológico – sociocultural.
5. Interpersonal.

La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad, en las sociedades occidentales son:

1. Las demencias y el Alzheimer.
2. La anorexia, la bulimia y las alteraciones alimentarias en general.
3. La depresión, la ansiedad y el abuso del alcohol.
4. La esquizofrenia y los trastornos delirantes.
5. Los trastornos delirantes, las demencias y el abuso de sustancias tóxicas.

La teoría conductual explica la conducta desequilibrada como:

1. La causada por lesiones cerebrales.
2. Una consecuencia de alteraciones en la formación del psiquismo.
3. Un desequilibrio entre las bases somáticas y aspectos psicógenos.
4. Resultado del aprendizaje.
5. Una consecuencia de la falta de maduración e integración de las diferentes funciones nerviosas, de la conciencia y de la persona.

La dificultad para identificar y describir las emociones, se denomina:

1. Disforia.
2. Alogia.
3. Agnosia.
4. Alexitimia.
5. Poliopia.

Cuando hablamos de aquella técnica terapéutica que investiga lo inconsciente nos referimos al:

1. Conductismo.
2. Cognitivismo.
3. Humanismo.
4. Existencialismo.
5. Psicoanálisis.

El déficit de memoria que abarca el período posterior a la aparición del trastorno responsable de la amnesia se denomina:

1. Amnesia retrógrada.
2. Amnesia lacunar.
3. Amnesia afectiva.
4. Amnesia selectiva.
5. Amnesia anterógrada.

Cuando los pacientes esquizofrénicos responden utilizando las mismas palabras de la pregunta que les han realizado, se denomina:

1. Tics.
2. Ecolalia.
3. Manierismo.
4. Neologismo.
5. Esterotipia.

¿Quién liberó de las cadenas a los enfermos mentales?:

1. Fray Jofer.
2. Kraeplin.
3. Pinel.
4. Freud.
5. Basaglia.

¿A qué tipo de trastorno corresponden las alucinaciones?:

1. Pensamiento.
2. Conciencia.
3. Memoria.
4. Afecto.
5. Percepción.

Preguntas que también podrían ser de este tema (23)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 63

P32 · respuesta en el solucionario

El síndrome que incluye la producción o simulación intencionada de síntomas físicos o psicológicos en uno mismo, incluso sin que exista un beneficio externo evidente, con el objetivo de asumir el papel de enfermo, se denomina:

1. Trastorno facticio.
2. Trastorno somatomorfo.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno de personalidad histriónica.

EIR 2026 · 54

P33 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja el enfoque del modelo biopsicosocial propuesto por George L. Engel?:

1. La interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el funcionamiento global de la persona.
2. El equilibrio del sistema nervioso central, la regulación neuroquímica y los factores sociales, determinan el estado de salud mental del individuo.
3. La salud mental depende de la resolución adecuada de conflictos inconscientes personales y sociales, derivados de experiencias infantiles reprimidas.
4. La salud mental se alcanza mediante la autorrealización, la autenticidad y la búsqueda de sentido vital social, más allá de la presencia de enfermedad.

EIR 2025 · 194

P34 · respuesta en el solucionario

Cuál de las siguientes afirmaciones se considera INCORRECTA sobre el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH):

1. La terapia farmacológica con metilfenidato a largo plazo puede provocar adicción.
2. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo crónico.
3. El TDAH difiere en su presentación clínica por género, siendo la presentación inatenta más frecuente en niñas.
4. En determinados casos el tratamiento farmacológico puede ser interrumpido en los periodos vacacionales.

Entre las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, ¿qué es la paratimia?:

1. Un síntoma afectivo.
2. Un síntoma positivo.
3. Una alteración conductual.
4. Un síntoma cognitivo.

Entre las características de las familias que influyen positivamente en un buen desarrollo de la salud mental NO se encuentra:

1. La orientación hacia un sistema abierto.
2. Los límites permeables que permiten una aportación de la sociedad y el ambiente.
3. La estructura jerárquica y piramidal donde las funciones de cada uno de sus miembros están perfectamente definidas.
4. Autoridad compartida entre sus miembros y que implica conductas de rol complementarias.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Delirium:

1. La etiología es orgánica, con origen en una enfermedad médico-quirúrgica o debido a una alteración cerebral o extracerebral.
2. Es un problema potencialmente grave que conlleva una alta tasa de mortalidad si no se hace un diagnóstico y tratamiento temprano.
3. El sistema de ideas delirantes es estructurado y sistematizado.
4. Existe alteración del estado de consciencia.

¿Cuál es el objetivo principal de la intervención enfermera en el proceso de atención a una persona con una enfermedad mental?:

1. El establecimiento de una relación terapéutica con el paciente.
2. La reducción de recaídas en los procesos crónicos.
3. Aumentar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Disminuir la ansiedad provocada por el padecimiento de una enfermedad mental.

Acude al domicilio de Juan de 20 años que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico tras un accidente de tráfico. La madre le informa de que, desde entonces Juan no es capaz de atender “a dos cosas” al mismo tiempo. ¿Qué tipo de atención tiene afectada?

1. Atención dividida.
2. Atención alternante.
3. Atención selectiva.
4. Atención focalizada.

Señale la opción FALSA. El modelo de los cinco factores de la personalidad de McCrae y Costa establece como dimensiones básicas para estudiar a la persona:

1. Neuroticismo y estabilidad emocional.
2. Extraversión e introversión.
3. Apertura mental y estrechez de miras.
4. Amabilidad y antipatía.
5. Felicidad y tristeza.

La memoria episódica es:

1. No declarativa o implícita, que guarda habilidades, hábitos o rutinas de la vida diaria. Su adquisición depende de la cantidad de tiempo empleado en practicarlos y el tipo de adiestramiento utilizado.
2. Declarativa o explícita, de experiencias personales basada en el recuerdo de sucesos concretos localizables en el tiempo y en un lugar específico.
3. Semántica a largo plazo.
4. La que permite retener conceptos, conocimientos y acontecimientos.
5. La que se utiliza a corto plazo, por ejemplo, para recordar la estrofa de una canción repitiéndola varias veces durante unos minutos.

Las alucinaciones son manifestaciones clínicas de la esquizofrenia que:

1. Ocurren sin estimulación externa del órgano sensorial implicado.
2. Se incluyen dentro de los síntomas negativos de la enfermedad.
3. Se caracterizan por el engrandecimiento de uno mismo de forma no realista.
4. Precisan tener en cuenta el contexto cultural de la persona.
5. Se asocian a los Síntomas Neurológicos Menores (SNM).

Dentro de los estados de ánimo, el que se caracteriza porque la persona presenta una exaltación de éste, se denomina:

1. Depresión.
2. Eutimia.
3. Amina.
4. Manía.
5. Folie circulaire.

Existe consenso en considerar que las enfermedades mentales son procesos complejos en los que se hayan implicados, entre otros, factores sociodemográficos. Al considerar el sexo como un factor de riesgo, los datos apuntan a que:

1. Los hombres tienen el doble de posibilidades de presentar trastornos de ansiedad que las mujeres.
2. Los episodios depresivos mayores se dan con una frecuencia casi del doble en mujeres, sobre todo entre los 20 y 45 años.
3. En el caso de la esquizofrenia, en los hombres se observa un pico en la incidencia en el grupo de edad entre los 25 años y los 34 años, mientras que en las mujeres este incremento se produce entre los 15 y los 24 años.
4. La incidencia de la fobia social aumenta con la edad en los hombres.
5. La tasa de suicidio es entre dos y tres veces más alta en las mujeres que en los hombres.

Señale el enfoque correcto que guía el estudio y atención a la salud mental en su evolución a lo largo del siglo XX:

1. Años 20, enfoque epidemiológico.
2. Años 30, explicada por factores biológicos, psíquicos y sociales.
3. Años 40, teorías de la relación personal.
4. Años 50, teorías de la relación emocional.
5. Años 60, aspectos socioeconómicos.

En la etiopatogenia de los trastornos psicósomáticos la conversión se describe como:

1. Supone el cortejo somático que acompaña a determinados contenidos psicológicos conscientes o inconscientes. Afecta fundamentalmente a órganos dependientes del sistema nervioso autónomo.
2. Consiste en la aparición de una lesión en un órgano.
3. Representa la alteración de una función orgánica mantenida en el tiempo, en el ámbito del sistema nervioso autónomo, y que es posible su objetivación por medios habituales de exploración.
4. La preocupación intensa o incluso la convicción de presentar una enfermedad grave, sobre todo una que sea socialmente destacada, como cáncer o infarto de miocardio, a pesar de la negatividad de las pruebas diagnósticas efectuadas.
5. Mecanismo defensivo psicológico mediante el cual la angustia es transformada en manifestaciones corporales, que se expresan principalmente a través del sistema neuromuscular voluntario o sensorio-perceptivo.

Los trastornos del habla por incapacidad funcional que se manifiestan como problemas en la articulación de los fonemas, se denominan:

1. Disfonías.
2. Disfemias.
3. Disglosias.
4. Afasias.
5. Dislalias.

En el modelo multialmacén descrito por Atkinson y Shiffrin (1968), la última etapa en el proceso de la información es:

1. La visual, auditiva y háptica.
2. La temporal.
3. La de repaso y codificación.
4. La de corto plazo.
5. La de largo plazo y la permanente.

Al considerar la vulnerabilidad de la persona al trastorno mental, Liberman se refiere a los estresores como:

1. Acontecimientos ambientales o transitorios que exigen al individuo cambios para adaptarse y que cuestionan su capacidad de afrontamiento y competencia habitual.
2. Conjunto de capacidades necesarias para desempeñar roles en situaciones de estrés.
3. Probabilidad de padecer una enfermedad mental.
4. Reacciones que una situación exige a la persona para hacer frente a sus limitaciones.
5. Factores sociales que exigen comportamientos límites a la persona.

Según Hans J. Eysenck, la terapia o modificación de la conducta consiste en:

1. Adaptarse a la enfermedad y responder positivamente a las limitaciones que ésta impone.
2. Romper o crear vínculos condicionados utilizando los principios del aprendizaje establecidos por la psicología experimental.
3. Aceptar y responder positivamente a la terapia requerida.
4. Desarrollar habilidades sociales.
5. Aprender significativamente.

William James pertenecía a la corriente psicológica llamada:

1. Conductismo.
2. Psicoanálisis.
3. Estructuralismo.
4. Gestalt.
5. Funcionalismo.

El modelo de funcionamiento de la atención de Broadbent también es conocido como:

1. Modelo de capacidad limitada.
2. Modelo multialmacén.
3. Modelo de cuello de botella.
4. Modelo de arousal.
5. Modelo cognitivo.

La creación del laboratorio antropométrico de Wundt en Leipzig supuso el hito fundacional de la Psicología Experimental a finales del siglo:

1. XVII.
2. XV.
3. XVIII.
4. XIX.
5. XX.

Según Sullivan, en qué estadio del desarrollo interpersonal, el niño aprende la subordinación social a las figuras de autoridad:

1. Preadolescencia.
2. Adolescencia.
3. Juvenil.
4. Niñez.
5. Adolescencia tardía.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 64	2	
P2	EIR 2026 · 60	3	
P3	EIR 2025 · 197	1	
P4	EIR 2025 · 193	4	
P5	EIR 2024 · 195	2	
P6	EIR 2024 · 190	1	
P7	EIR 2023 · 200	1	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2023 · 198	3	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2022 · 175	1	
P10	EIR 2022 · 167	3	
P11	EIR 2021 · 178	2	
P12	EIR 2021 · 81	2	
P13	EIR 2019 · 194	2	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2019 · 193	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2017 · 162	1	
P16	EIR 2016 · 225	3	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2016 · 36	3	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2016 · 34	2	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 32	2	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2015 · 186	1	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2013 · 154	5	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2010 · 97	3	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2010 · 23	1	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2007 · 90	3	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2006 · 92	4	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2005 · 87	4	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2005 · 83	5	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2005 · 78	5	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2004 · 58	2	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2004 · 56	3	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2004 · 55	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2026 · 63	1	
P33	EIR 2026 · 54	1	
P34	EIR 2025 · 194	1	
P35	EIR 2023 · 195	1	hoja del archivo oficial
P36	EIR 2021 · 84	3	
P37	EIR 2021 · 78	3	
P38	EIR 2019 · 196	1	hoja del archivo oficial
P39	EIR 2016 · 80	1	hoja del archivo oficial
P40	EIR 2015 · 55	5	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2015 · 53	2	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2014 · 175	1	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2012 · 96	4	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2012 · 95	2	reconstruida por un tercero
P45	EIR 2011 · 97	5	
P46	EIR 2011 · 96	5	
P47	EIR 2009 · 22	5	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2006 · 110	5	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2006 · 93	1	reconstruida por un tercero
P50	EIR 2006 · 91	2	reconstruida por un tercero
P51	EIR 2005 · 81	5	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2005 · 80	3	reconstruida por un tercero
P53	EIR 2005 · 76	4	reconstruida por un tercero
P54	EIR 2004 · 57	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Mental health: strengthening our response (hoja informativa). Versión vigente en 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> · consultada 2026-09-27
- **F2** Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med. 2010;40(11):1759-65 (reproduce la definición de trastorno mental del DSM-IV, APA 1994). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3101504/> · consultada 2026-09-27
- **F3** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §15.1 «What Are Psychological Disorders?» (definición de la APA, DSM-5). Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/15-1-what-are-psychological-disorders> · consultada 2026-09-27
- **F4** American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Página web vigente. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> · consultada 2026-09-27
- **F5** Organización Mundial de la Salud. Mental disorders (hoja informativa). Versión vigente en 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> · consultada 2026-09-27
- **F6** Organización Mundial de la Salud. Depressive disorder (depression) (hoja informativa). Septiembre de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> · consultada 2026-09-27
- **F7** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Madrid, 2022 (pp. 33-58). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf · consultada 2026-09-27
- **F8** Organización Mundial de la Salud. Schizophrenia (hoja informativa). Septiembre de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> · consultada 2026-09-27
- **F9** Hallyburton A. Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. Int J Ment Health Nurs. 2022;31(6):1360-72 (acceso abierto; texto completo en PMC9796883, tabla de definiciones). · <https://doi.org/10.1111/inm.13034> · consultada 2026-09-27
- **F10** Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36 (resumen). · <https://doi.org/10.1126/science.847460> · consultada 2026-09-27
- **F11** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §16.1 «Mental Health Treatment: Past and Present». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/16-1-mental-health-treatment-past-and-present> · consultada 2026-09-27
- **F12** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §1.2 «History of Psychology». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/1-2-history-of-psychology> · consultada 2026-09-27
- **F13** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §11.2 «Freud and the Psychodynamic Perspective». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/11-2-freud-and-the-psychodynamic-perspective> · consultada 2026-09-27
- **F14** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §16.2 «Types of Treatment». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/16-2-types-of-treatment> · consultada 2026-09-27

[treatment](#) · consultada 2026-09-27

- **F15** McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. J Pers Soc Psychol. 1987;52(1):81-90 (resumen). · <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.81> · consultada 2026-09-27
- **F16** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §11.7 «Trait Theorists». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/11-7-trait-theorists> · consultada 2026-09-27
- **F17** Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010;9(1):11-5 (resumen). · <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x> · consultada 2026-09-27
- **F18** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §15.8 «Schizophrenia». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/15-8-schizophrenia> · consultada 2026-09-27
- **F19** Manual MSD, versión para profesionales. Esquizofrenia. Última actualización: enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia> · consultada 2026-09-27
- **F20** Delgado MG, Bogousslavsky J. De Clérambault Syndrome, Othello Syndrome, Folie à Deux and Variants. Front Neurol Neurosci. 2018;42:44-50 (resumen). · <https://doi.org/10.1159/000475685> · consultada 2026-09-27
- **F21** Watanabe H, Whitwell JL, et al. Imposter in the brain: aetiological, clinical and neuroimaging characteristics of Capgras syndrome. Brain. 2026;149(4):1224-1238 (resumen). · <https://doi.org/10.1093/brain/awaf378> · consultada 2026-09-27
- **F22** Teixeira-Dias M, Dadwal AK, Bell V, Blackman G. Neuropsychiatric Features of Fregoli Syndrome: An Individual Patient Meta-Analysis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2023;35(2):171-177 (resumen). · <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.22010011> · consultada 2026-09-27
- **F23** Dieguez S. Cotard Syndrome. Front Neurol Neurosci. 2018;42:23-34 (resumen). · <https://doi.org/10.1159/000475679> · consultada 2026-09-27
- **F24** Manual MSD, versión para profesionales. Trastorno de despersonalización/desrealización. Última actualización: enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-disociativos/trastorno-de-despersonalizaci%C3%B3n-desrealizaci%C3%B3n> · consultada 2026-09-27
- **F25** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §15.9 «Dissociative Disorders». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/15-9-dissociative-disorders> · consultada 2026-09-27
- **F26** Manual MSD, versión para profesionales. Trastornos bipolares. Última actualización: mayo de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares> · consultada 2026-09-27
- **F27** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §8.1 «How Memory Functions». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/8-1-how-memory-functions> · consultada 2026-09-27
- **F28** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, §8.3 «Problems with Memory». Houston: OpenStax, Rice University; 2020. CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/8-3-problems-with-memory> · consultada 2026-09-27

- **F29** Manual MSD, versión para profesionales. Amnesias. Última actualización: septiembre de 2025. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-de-los-l%C3%B3bulos-cerebrales/amnesias> · consultada 2026-09-27
- **F30** Huang J. Delirio. Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización: febrero de 2025. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/delirio> · consultada 2026-09-27
- **F31** Manual MSD, versión para profesionales. Trastornos del espectro autista. Última actualización: noviembre de 2025. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/trastorno-del-espectro-autista> · consultada 2026-09-27
- **F32** American Psychiatric Association. Autism Spectrum Disorder (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL, porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Autism-Spectrum-Disorder.pdf · consultada 2026-09-27
- **F33** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Screening and Diagnosis for Autism Spectrum Disorder; y Data and Research on Autism Spectrum Disorder. Versión vigente en 2026. · <https://www.cdc.gov/autism/diagnosis/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F34** National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (CG142), Introduction. 2012, actualizada en 2021. · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/chapter/Introduction> · consultada 2026-09-27
- **F35** Milner V, et al. (Hull L, Happé F). Does camouflaging predict age at autism diagnosis? A comparison of autistic men and women. Autism Res. 2024;17(3):626-36 (resumen). · <https://doi.org/10.1002/aur.3059> · consultada 2026-09-27
- **F36** Grupo de trabajo de la GPC sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH. Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, IACS, 2017 (pendiente de actualización según la propia guía). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/12/gpc_574_tdah_iacs_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F37** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Concerta 18 mg comprimidos de liberación prolongada (metilfenidato). Revisión del texto: febrero de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65148/FT_65148.html · consultada 2026-09-27
- **F38** Manual MSD, versión para profesionales. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Última actualización: septiembre de 2024. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-hiperactividad-tdah> · consultada 2026-09-27
- **F39** Manual MSD, versión para profesionales. Trastorno de conducta. Última actualización: febrero de 2026. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-psiqui%C3%A1tricos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastorno-de-conducta> · consultada 2026-09-27
- **F40** American Psychiatric Association. Conduct Disorder (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL, porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Conduct-Disorder.pdf · consultada 2026-09-27
- **F41** Johnson VA, et al. Childhood- versus adolescent-onset antisocial youth with conduct disorder (criterio DSM-IV-TR). PLoS One. 2015;10(4):e0121627. · <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121627> · consultada

- **F42** Manual MSD, versión para profesionales. Trastorno de personalidad antisocial. Última actualización: enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-antisocial> · consultada 2026-09-27
- **F43** Dimsdale JE. Trastorno facticio autoimpuesto (síndrome de Munchausen). Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de julio de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-de-s%3%ADntomas-som%3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-facticio-autoimpuesto> · consultada 2026-09-27
- **F44** Manual MSD, versión para profesionales. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). Julio de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-de-s%3%ADntomas-som%3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%3%ADntomas-neurol%3%B3gicos-funcionales> · consultada 2026-09-27
- **F45** American Psychiatric Association. Somatic Symptom Disorder (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL, porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Somatic-Symptom-Disorder.pdf · consultada 2026-09-27
- **F46** American Psychiatric Association. Gender Dysphoria (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL, porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf · consultada 2026-09-27
- **F47** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.^a ed. WisTech Open (CC BY). Capítulo 11, Glossary (psicosis y esquizofrenia). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21/05/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/xi-glossary/> · consultada 2026-09-27
- **F48** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.^a ed. WisTech Open (CC BY). §2.2 «Basic Concepts of Communication» (Nurse-Client Relationship). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (18/04/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/2-2-basic-concepts-of-communicationcommunication-standard-of-professional-performance/> · consultada 2026-09-27
- **F49** Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 MMS), versión 2025-01. 6A20 Esquizofrenia: descripción en la versión española; los requisitos diagnósticos solo figuran en la versión inglesa (<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1683919430>), traducidos aquí. Texto leído con el navegador, porque la página necesita JavaScript. · <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#1683919430> · consultada 2026-09-29
- **F50** Parnas J. A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. Schizophr Bull. 2011;37(6):1121-30 (tabla 1). Texto completo en PMC3196960. · <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr081> · consultada 2026-09-29
- **F51** Gisy GL, Toto S, Bleich S, Maier HB, Seifert J, et al. Clinical and sociodemographic predictors of inpatient admission after presentation in a psychiatric emergency room: an observational study. Int J Ment Health Syst. 2023;17(1):44 (tabla de hallazgos psicopatológicos del sistema AMDP). Texto completo en PMC10696728. · <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00618-2> · consultada 2026-09-29
- **F52** Gortázar Díaz M, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, Alás Rupérez A, Martín Fernández-Mayoralas D, Aguilera Albasa S, et al. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación: desarrollo del lenguaje,

signos de alerta, enfoque diagnóstico y tratamiento. *Protoc diagn ter pediatri*. 2022;1:31-42. Asociación Española de Pediatría. · https://static.aeped.es/04_e0d5a45a8f.pdf · consultada 2026-09-29

- **F53** Lee HY, Hyun SE, Oh BM. Rehabilitation for Impaired Attention in the Acute and Post-Acute Phase After Traumatic Brain Injury: A Narrative Review. *Korean J Neurotrauma*. 2023;19(1):20-31 (modelo de Sohlberg y Mateer). Texto completo en PMC10083445. · <https://doi.org/10.13004/kjnt.2023.19.e1> · consultada 2026-09-29
- **F54** Kuchinsky SE, Gallun FJ, Lee AKC. Note on the Dual-Task Paradigm and its Use to Measure Listening Effort. *Trends Hear*. 2024;28:23312165241292215 (apartado «Structural Bottlenecks»). Texto completo en PMC11626669. · <https://doi.org/10.1177/23312165241292215> · consultada 2026-09-29
- **F55** Leonardi C, Di Palma V, De Simone MS, et al. Abnormal Forgetting Rate from the Recency Portion of a Word-List in Patients with Subjective Cognitive Decline. *Arch Clin Neuropsychol*. 2026;41(1) (introducción). Texto completo en PMC12857204. · <https://doi.org/10.1093/arclin/acaf090> · consultada 2026-09-29
- **F56** Stern E. Individual differences in the learning potential of human beings. *NPJ Sci Learn*. 2017;2:2. Texto completo en PMC6220331. · <https://doi.org/10.1038/s41539-016-0003-0> · consultada 2026-09-29
- **F57** Ackerman PL. Intelligence Process vs. Content and Academic Performance: A Trip through a House of Mirrors. *J Intell*. 2022;10(4):128. Texto completo en PMC9782628. · <https://doi.org/10.3390/jintelligence10040128> · consultada 2026-09-29
- **F58** WHO Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: OMS Europa; 2005 (cap. 1, «Mental health in Europe – The context»). · <https://iris.who.int/handle/10665/326566> · consultada 2026-09-29
- **F59** Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001 (cap. 2, «Sexo»). · <https://iris.who.int/handle/10665/42447> · consultada 2026-09-29
- **F60** World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: OMS; 1992 (F05 Delirium, pautas diagnósticas). · <https://iris.who.int/handle/10665/37958> · consultada 2026-09-29
- **F61** Peeling JL, Muzio MR. Functional Neurologic Disorder. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; actualizado el 8 de mayo de 2023. Texto leído por el FTP oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551567/> · consultada 2026-09-29
- **F62** Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE núm. 123, de 24 de mayo de 2011. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-9081> · consultada 2026-09-29
- **F63** Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. CBHSQ Methodology Report. Rockville (MD): SAMHSA; 2016 (tabla «DSM-IV to DSM-5 Conduct Disorder Comparison»). Texto leído por el FTP oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/> · consultada 2026-09-29
- **F64** Pinel Ph. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2.^a ed. París: J. Ant. Brosson; 1809, §191, p. 202 (dominio público). Ejemplar de la Bibliothèque interuniversitaire de santé (BIU Santé); texto leído en su digitalización en Internet Archive (BIUSante_34165). · <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?34165> · consultada 2026-09-29

- **F65** Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. BMJ. 2001;322(7288):724-7. Texto completo en PMC1119907, porque bmj.com bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724> · consultada 2026-09-29
- **F66** Kelland MD. Personality Theory in a Cultural Context. Cap. 4, «Sullivan's Interpersonal Psychology». OpenStax CNX; CC BY 4.0. La URL de OpenStax CNX redirige al archivo del libro en Internet Archive (cnx-org-col11901), donde se leyó el PDF. · <https://cnx.org/contents/ISyy6OT@1.1> · consultada 2026-09-29
- **F67** Yates AJ. La definición de terapia conductual. Revista Latinoamericana de Psicología. 1970;2(2):113-21 (cita la definición de Eysenck, 1964). · <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80502202> · consultada 2026-09-29
- **F68** Yao L, Kabir R. Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy). En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; actualizado el 9 de febrero de 2023. Texto leído por el FTP oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/> · consultada 2026-09-29
- **F69** American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology, entrada «mental disorder» (actualizada el 19 de abril de 2018). Texto leído con el navegador, porque la página necesita JavaScript. · <https://dictionary.apa.org/mental-disorder> · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- Liberman (estresores en el modelo de vulnerabilidad-estrés; EIR2006-093, no se intercala): el resumen de Liberman et al. 1986 (Schizophr Bull, PMID 3810067) no los define y el texto completo en academic.oup.com da 403 (en la Wayback solo hay la página de alquiler de DeepDyve); la definición literal del examen solo aparece en un proyecto de investigación de terceros (Biblioteca Lascasas 2016), que no vale. Buscado el 29/09/2026.
- Evolución por décadas del enfoque de la salud mental en el siglo XX (años 60, aspectos socioeconómicos; EIR2011-097, no se intercala): ninguna fuente válida da esa periodización (búsquedas en español e inglés, 29/09/2026); parece propia de manuales de academia.
- Clasificación de A. Lobo (trastornos psicóticos o potencialmente psicóticos; EIR2021-081, no se intercala): su Manual de Psiquiatría General es de pago y ninguna fuente abierta recoge la clasificación (29/09/2026).
- Familias que favorecen la salud mental (EIR2021-084, no se intercala): solo blogs, academias y material de cursos usan los términos de la clave (sistema abierto, límites permeables hacia la sociedad, autoridad compartida, estructura jerárquica y piramidal). Open RN (Nursing Health Promotion §4.3, tabla 4.3; web oficial con 403, leída en la copia existente de la Wayback de 21/04/2026) pone entre los rasgos de las familias no sanas los «permeable boundaries in which individuals are too involved in other members' lives»: habla de los límites entre los miembros (sobreimplicación), no de la apertura de la familia a la sociedad y el ambiente de la opción 2, así que no es un choque con la clave. Buscado el 29/09/2026.
- Patrones epidemiológicos en jóvenes (EIR2010-097, no se intercala): ni la hoja de la OMS sobre salud mental de los adolescentes (2025) ni el Informe sobre la salud en el mundo 2001 dicen que en los jóvenes se asocian cada vez más los trastornos mentales con el alcohol, las drogas y la violencia (la OMS trata consumo y violencia como conductas de riesgo, y solo menciona un aumento del consumo de alcohol en algunas regiones); tampoco la Estrategia de Salud Mental del SNS. En mayores, la OMS usa el corte de 70 años.
- Paratimia: las fuentes válidas encontradas (Parnas 2011, Gisy 2023) usan «parathymia» en inglés; no hay fuente válida en español con «paratimia». Eutimia, disforia y manierismo siguen sin fuente; la disfonía y la afasia no las define el protocolo de la AEP.

- Delirium (EIR2021-078): ninguna fuente válida abierta dice que sus ideas delirantes sean «no sistematizadas» o «poco estructuradas» (StatPearls, Manual MSD en español e inglés, CIE-10: esta solo dice «transitorias»); las fórmulas «poorly systematized, fleeting» solo aparecen en revistas de pago (Focus, AJGP) y en material de cursos.
- Depresión en mujeres «sobre todo entre los 20 y 45 años» (EIR2012-095): ninguna fuente válida da ese rango; la OMS (Informe 2001) dice que las diferencias son máximas en la vida adulta y se relacionan con los años de fecundidad.
- Relación terapéutica como «objetivo principal» (EIR2019-196): ninguna fuente usa esa fórmula; Open RN dice «fundamento del cuidado» y el programa oficial de la especialidad (BOE 2011), «instrumento terapéutico básico».
- Tipos de atención: el resumen de Sohlberg y Mateer 1987 (PMID 3558744) no los define; se citan por Lee et al. 2023. Curva de posición serial: Glanzer y Cunitz 1966 no está en PubMed; se cita por Leonardi et al. 2026. Eysenck: su definición se cita por Yates 1970 (el artículo original de 1959 es de pago); ninguna fuente dice «romper o crear vínculos condicionados».
- Trastorno de conducta: el subtipo de inicio infantil (al menos un síntoma antes de los 10 años) está confirmado con el DSM-5 (SAMHSA 2016); falta el texto del DSM-5-TR, que es de pago.