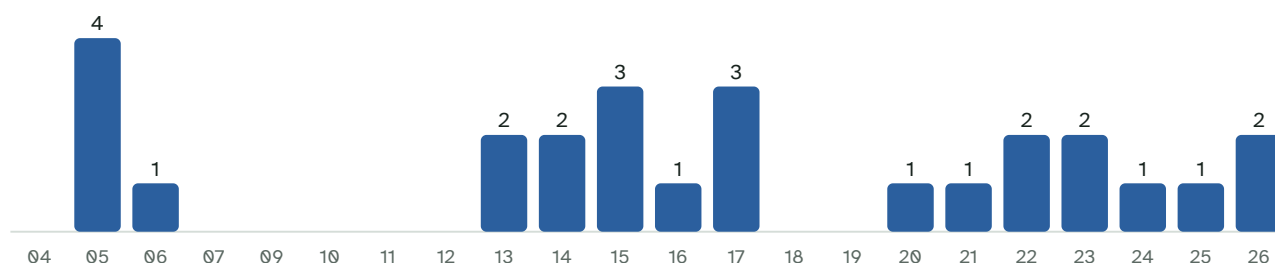


Trastornos psicóticos y del estado de ánimo

Esquizofrenia y psicosis incipiente, depresión y trastorno bipolar: el núcleo clínico de la salud mental en el EIR. Caen los síntomas negativos, las fases de la psicosis, la intervención temprana, los cuidados ante alucinaciones y delirios, y los criterios de manía, hipomanía y TEC.

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



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

Lo más repetido

- Síntoma negativo de la esquizofrenia: aplanamiento afectivo (2 exámenes)
- Fase prodrómica de la psicosis: definición y lugar entre las fases del episodio (2 exámenes)
- Trastorno bipolar: definición (alternancia de episodios maníacos y depresivos) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Esquizofrenia: concepto, historia y epidemiología	7
2. Clínica de la esquizofrenia: síntomas positivos, negativos y cognitivos	10
3. Subtipos clásicos y escalas de valoración	13
4. Psicosis incipiente: fases, pródromos, DUP e intervención temprana	16
5. Tratamiento psicosocial, familia y cuidados de enfermería en la psicosis	19
6. Trastornos depresivos y terapia electroconvulsiva	22
7. Trastorno bipolar: manía e hipomanía	26
Todas las preguntas del tema (29)	29
Preguntas que también podrían ser de este tema (9)	37
Solucionario	40
Fuentes	42

Resumen para repasar

1. Esquizofrenia: concepto, historia y epidemiología

- Trastorno psicótico **crónico** con **deterioro social, laboral y del autocuidado**; esperanza de vida 9 (OMS) a 15 (MSD) años menor ^{F2,F3}.
- **Kraepelin**: *dementia praecox*; **Bleuler** (1911): término **esquizofrenia** ^{F1}.
- Prevalencia: OpenStax **1 %**; MSD **0,7 %**; OMS **1/300 (0,29 %)** ^{F2,F3,F4}.
- Empieza al final de la adolescencia; **antes en hombres**; gradiente social: **12 veces más** en la renta más baja ^{F3,F8}.
- Historia: Morel («dementes precoces»), Hecker (**hebefrenia**), Kahlbaum (**catatonía**) ^{F1}.
- GPC española: casi **1 por 100** de por vida; revisión de 46 países, **4-7 por 1.000**; afecta de forma similar a ambos sexos ^{F1}.

2. Clínica de la esquizofrenia: síntomas positivos, negativos y cognitivos

- Delirio = **creencia falsa** firme; alucinación = **percepción sin estímulo externo** ^{F2,F4}.
- Alucinaciones más frecuentes: **auditivas** ^{F2}.
- Negativos: **aplanamiento afectivo**, alogia, **abulia**, **anhedonia**, asocialidad; la desorganización no es negativa ^{F2,F4}.
- **Abulia**: falta de motivación ^{F4}; la mayoría tiene dificultades para **mantener un trabajo** ^{F4}.
- Los positivos: delirios, alucinaciones y **desorganización** del pensamiento, el lenguaje o la conducta ^{F2}.
- Deterioro cognitivo grave: **principal determinante de la discapacidad** ^{F2}.
- Inicio **agudo o insidioso** ^{F1,F2}.

3. Subtipos clásicos y escalas de valoración

- DSM-IV: paranoide, **desorganizado (hebefrénico, adolescentes)**, **catatónico (motor)**, indiferenciado, residual ^{F1,F5}; hebefrénica: inicio **15-25 años** ^{F21}.
- El **DSM-5 eliminó los subtipos** ^{F6}.
- Desorganizado, el **más grave**; paranoide, el **menos grave** ^{F1}.
- Catatonía: ahora **especificador** en el DSM-5 ^{F6}.
- **PANSS**: síntomas **positivos y negativos** de la esquizofrenia; **Young**: **manía** ^{F7,F17}.

4. Psicosis incipiente: fases, pródromos, DUP e intervención temprana

- Tres fases precoces: **alto riesgo (prodrómica)**, primer episodio, recuperación ^{F1}.
- Pródromo: **desviación del funcionamiento** con **síntomas inespecíficos** ^{F1}.
- **DUP**: de los síntomas psicóticos al tratamiento; acortarla = prevención secundaria ^{F1}.
- **Periodo crítico: 3-5 años** tras el primer episodio ^{F1}.
- Solo **33-58 %** de las personas de alto riesgo pasan a psicosis ^{F1}.
- Fases de la esquizofrenia establecida: **aguda, estabilización (≥6 meses) y estable** ^{F1}.
- Atención temprana: **equipos de detección accesibles** para acortar la DUP; NICE, **sin límite de edad**; SAS: **16-35 años, acceso inmediato** a los servicios especializados, evaluación también en el **domicilio** ^{F1,F9,F20}.
- Los pródromos son **línea de investigación** para la intervención precoz ^{F8}.

5. Tratamiento psicosocial, familia y cuidados de enfermería en la psicosis

- TCC, psicoeducación e intervención familiar **previenen recaídas**; la TCC precoz mejora el funcionamiento social y vocacional ^{F1,F2}.
- Alta **emoción expresada: hostilidad, críticas y sobreprotección**; predice recaídas ^{F1}.
- Alucinaciones: preguntar por su **contenido** y órdenes, **no tratarlas como reales**, prueba de realidad ^{F10}.
- Alucinaciones **imperativas** de daño: medidas de seguridad ^{F10}.
- OMS: al menos **1 de cada 3** se recupera por completo ^{F3}.
- Delirios: **no discutirlos**; centrarse en los **sentimientos** y en el «aquí y ahora» ^{F10}.

6. Trastornos depresivos y terapia electroconvulsiva

- Episodio depresivo mayor: **≥5 síntomas, 2 semanas** ^{F11}.
- Ideas pesimistas de **culpa, hipocondría y ruina** ^{F13}.
- **Reduce las respuestas inmunitarias** ^{F11}.
- **1,5 veces** más en mujeres; en ancianos, **seudodemencia** ^{F11,F14}.
- Más riesgo suicida **al empezar a mejorar** ^{F12}.
- TEC: depresión grave; **sin contraindicaciones absolutas** ^{F13,F18}.
- Consenso: TEC **globalmente la más efectiva** en la depresión grave, por encima de los antidepresivos; eficaz en el **síndrome neuroléptico maligno** si fallan el soporte y la farmacoterapia ^{F18}.
- Más de 2 años: **trastorno depresivo persistente** (antigua distimia) ^{F11}.
- Riesgo suicida **x4** (x20 en la grave) ^{F13}.
- TEC en el **embarazo**, la depresión psicótica y la **catatonía** ^{F11}.

7. Trastorno bipolar: manía e hipomanía

- Episodios **alternantes de manía y depresión** ^{F15}.
- GPC: **trastorno mental grave**, ánimo que fluctúa **entre dos polos opuestos, enorme carga** si se infradiagnostica; **eutimia** entre episodios (hasta 4-5 años tras el primero) ^{F19}.
- Bipolar I (manía), II (hipomanía + depresión), ciclotimia (> 2 años) ^{F15}.
- Manía **≥1 semana**; hipomanía **≥4 días**, sin psicosis ni ingreso ^{F15}.
- **Litio**: buena primera elección en episodios agudos menos graves sin contraindicaciones ^{F15}.
- NIC para **Desesperanza**: **Dar esperanza y Apoyo emocional** ^{F19}.

Puntos clave

- 1 Síntoma negativo típico: **aplanamiento afectivo** ^{F2}.
- 2 Pródromo: desviación del funcionamiento con **síntomas inespecíficos**; es la primera fase precoz ^{F1}.
- 3 **Periodo crítico: 3-5 años** tras el primer episodio psicótico ^{F1}.
- 4 **DUP** = duración de la psicosis no tratada ^{F1}.
- 5 Trastorno bipolar: **episodios alternantes de manía y depresión** ^{F15}.
- 6 Hipomanía **≥4 días**; manía **≥1 semana** ^{F15}.
- 7 Delirios: **no discutirlos, centrarse en los sentimientos**; alucinaciones: **no tratarlas como reales** ^{F10}.
- 8 La TEC **no tiene contraindicaciones absolutas** ^{F13}.

1. Esquizofrenia: concepto, historia y epidemiología

La **esquizofrenia** es un **trastorno psicótico** caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental; a lo largo de la historia se ha llamado también «demencia precoz», «discordancia intrapsíquica» o «disociación autística de la personalidad» ^{F1}. La OMS la describe como un trastorno que causa **malestar y deterioro importantes** en las áreas personal, familiar, **social**, educativa y laboral ^{F3}.

El Manual MSD la define como **una enfermedad crónica** que puede atravesar distintas fases; los síntomas interfieren con el **desempeño laboral, las relaciones sociales y el cuidado de sí mismo**, y el desempleo y el aislamiento son resultados comunes ^{F2}. La GPC española señala que es un trastorno que **a menudo es de tipo crónico** y que la remisión completa no es frecuente ^{F1}. Las personas con esquizofrenia mueren **nueve años antes** que la población general según la OMS ^{F3}; el Manual MSD calcula una reducción media de la esperanza de vida de unos **15 años** ^{F2}.



Crónica y con deterioro social

Esquizofrenia = trastorno **crónico** con **deterioro del funcionamiento social, laboral y del autocuidado** ^{F2,F1,F3}.

EIR 2026 · 67

P1 · respuesta en el solucionario

Esquizofrenia: trastorno crónico con deterioro social

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Esquizofrenia es cierta?:

1. Es un trastorno crónico que genera un deterioro en el funcionamiento social.
2. La edad de debut del trastorno es más temprano en las mujeres que en los hombres.
3. Es un diagnóstico con menor incidencia en los hombres.
4. Las ideas delirantes, las alucinaciones y la conducta desorganizada definen los síntomas negativos propios del trastorno.

Historia. A finales del siglo XIX, Morel habló de «dementes precoces»; Hecker, de **hebefrenia** (estado demencial de la gente joven), y Kahlbaum, de **catatonía** (trastornos psicomotores) ^{F1}. **Kraepelin** reunió todos estos tipos en una sola entidad a la que llamó «**demencia precoz**» (*dementia praecox*), con tres formas: simple o hebefrénica, catatónica y paranoide ^{F1}. Como se trataba menos de una demencia que de una disociación de la vida psíquica, **Bleuler** designó el concepto de «**esquizofrenia**» en 1911 ^{F1}; OpenStax también atribuye a Eugen Bleuler la acuñación del término en 1911 ^{F4}.

Autor	Aportación ^{F1}
Morel	«Dementes precoces»
Hecker	Hebefrenia
Kahlbaum	Catatonia
Kraepelin	Reúne todo en la demencia precoz (<i>dementia praecox</i>)
Bleuler (1911)	Término esquizofrenia (disociación de la vida psíquica)

K antes que B

Kraepelin pone el nombre antiguo (**demencia precoz**); **Bleuler**, el actual (**esquizofrenia**, 1911) ^{F1}; OpenStax confirma a Bleuler y 1911 ^{F4}.

EIR 2022 · 209

P7 · respuesta en el solucionario

Kraepelin: dementia praecox = esquizofrenia

¿A qué trastorno mental actual se corresponde la denominada “dementia praecox” por Emil Kraepelin en el Siglo XIX?:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Síndrome de Wernicke- Korsakoff.
3. Depresión endógena.
4. Esquizofrenia.

EIR 2005 · 91

P26 · respuesta en el solucionario

Bleuler acuñó el término esquizofrenia

¿Quién acuñó el término de Esquizofrenia?:

1. Kraepelin.
2. Meyer.
3. Yung.
4. Bleuler.
5. Von Feuchtersleben.

Epidemiología. Las cifras dependen de la medida: OpenStax dice que **alrededor del 1 %** de la población padece esquizofrenia a lo largo de la vida ^{F4}; el Manual MSD da una prevalencia de por vida de aproximadamente el **0,7 %**, comparable en hombres y mujeres ^{F2}; la OMS calcula que la padece **1 de cada 300 personas (0,29 %)** en el mundo, 1 de cada 206 entre los adultos de 20 años o más ^{F3}; y la GPC española da un promedio **ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes** a lo largo de la vida y recoge una revisión de 46 países con prevalencias de entre **4 y 7 por 1.000**, según el tipo de estimación ^{F1}.

Edad de inicio. Suele empezar al final de la adolescencia y en la veintena, y **antes en los hombres que en las mujeres** ^{F3}. En los hombres, la edad media de inicio es a principios o mediados de la tercera década y hasta el 40 % tienen su primer episodio antes de los 20 años; en las mujeres, entre mediados y finales de la tercera década, con un pico adicional en la cuarta ^{F2}. La GPC recuerda que afecta de forma similar a ambos sexos ^{F1}. En España, la Estrategia de Salud Mental describe un claro **gradiente social**: la esquizofrenia es **12 veces más frecuente** en el nivel de renta más bajo que en el más alto ^{F8}.

EIR2005-090: «1 por 100 habitantes»

En EIR2005-090 la respuesta (reconstruida por un tercero) es **1 por 100 habitantes**: la cifra del **1 %** de prevalencia a lo largo de la vida que recoge OpenStax ^{F4} y el promedio «ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes» de la GPC española de 2009 ^{F1}. Las fuentes más recientes dan cifras menores: el Manual MSD, un **0,7 %** de por vida ^{F2}, y la OMS (2026), **1 de cada 300 (0,29 %)** ^{F3}; la misma GPC recoge además una revisión de 46 países con **4-7 por 1.000**, según el tipo de estimación ^{F1}.

EIR 2005 · 90

P27 · respuesta en el solucionario

Prevalencia de la esquizofrenia: 1%

La esquizofrenia afecta a la población mundial en:

1. 1 por 100.000 habitantes.
2. 1 por 100 habitantes.
3. 1 por 1.000 habitantes.
4. 5 por 100.000 habitantes.
5. 5 por 1.000 habitantes.

2. Clínica de la esquizofrenia: síntomas positivos, negativos y cognitivos

El Manual MSD agrupa los síntomas en: **ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizados, comportamiento motor desorganizado** (incluida la catatonía), **síntomas negativos** y **deterioros cognitivos** ^{F2}. Los positivos son las ideas delirantes, las alucinaciones y la desorganización; los negativos, la pérdida o disminución de funciones normales ^{F2,F4}.

Una **idea delirante** es una **creencia contraria a la realidad que se mantiene con firmeza incluso ante pruebas en contra** ^{F4}; la OMS la describe como la convicción fija de que algo es cierto a pesar de la evidencia en contra ^{F3}. El Manual MSD las llama directamente **creencias falsas** ^{F2}; la alucinación, en cambio, es una experiencia perceptiva ^{F4}.

EIR 2014 · 171

P22 · respuesta en el solucionario

Delirio: definición

Los delirios son síntomas característicos de la esquizofrenia que:

1. Incluyen alteraciones de la sensopercepción.
2. Implican alucinaciones psicomotoras.
3. Representan una creencia falsa basada en una interpretación errónea de la realidad por parte del paciente.
4. Consisten en una incapacidad del individuo para adaptarse a las normas sociales.
5. Se equiparan a las ilusiones.

Una **alucinación** es una **experiencia perceptiva que ocurre en ausencia de estimulación externa** ^{F4}. Pueden ser auditivas, visuales, olfatorias, gustativas o táctiles, **pero las auditivas son las más frecuentes** ^{F2}: oír voces aparece en unos dos tercios de los pacientes y es con mucho la forma más común ^{F4}.



Las alucinaciones típicas

En la esquizofrenia, las alucinaciones más frecuentes son las **auditivas** (oír voces) ^{F2,F4}.

EIR 2005 · 88

P29 · respuesta en el solucionario

Esquizofrenia: alucinaciones más frecuentes, auditivas

¿Qué tipo de alucinaciones son más frecuentes en la esquizofrenia?:

1. Visuales.
2. Gustativas.
3. Auditivas.
4. Olfatorias.
5. Cenestésicas.

Los **síntomas negativos** reflejan una **disminución o ausencia** de conductas, emociones o impulsos ^{F4}. El Manual MSD enumera ^{F2}:

- **Afecto aplanado**: la cara es inexpressiva, con escaso contacto visual y poca expresividad ^{F2}.
- **Alogia**: pobreza del habla ^{F2}.
- **Anhedonia**: falta de interés en las actividades y aumento de otras sin un fin concreto (OpenStax: incapacidad para experimentar placer) ^{F2,F4}.
- **Falta de sociabilidad (asocialidad)**: falta de interés por relacionarse ^{F2}.
- **Abulia**: falta de motivación y deseo reducido de actividades dirigidas a un objetivo ^{F2}.

Positivos (algo que «sobra»)	Negativos (algo que «falta»)
Ideas delirantes ^{F2}	Aplanamiento afectivo ^{F2}
Alucinaciones (sobre todo auditivas) ^{F2}	Alogia (pobreza del habla) ^{F2}
Pensamiento y lenguaje desorganizados ^{F2}	Abulia, anhedonia, asocialidad ^{F2,F4}
Comportamiento motor desorganizado o catatonía ^{F2}	—

La desorganización no es un síntoma negativo

El **pensamiento y el lenguaje desorganizados** y el **comportamiento desorganizado** van con los delirios y las alucinaciones, fuera de los síntomas negativos, que son afecto aplanado, alogia, anhedonia, asocialidad y abulia ^{F2,F4}.

EIR 2022 · 172

P9 · respuesta en el solucionario

Síntoma negativo de la esquizofrenia: aplanamiento afectivo

Cuál de los siguientes síntomas, se considera un “síntoma negativo” en la esquizofrenia:

1. Alucinaciones auditivas.
2. Aplanamiento afectivo.
3. Conducta extravagante.
4. Ideas delirantes de contenido paranoide.

EIR 2025 · 200

P3 · respuesta en el solucionario

Síntoma negativo de la esquizofrenia: aplanamiento afectivo

Señale cuál de los siguientes se considera un síntoma negativo de la esquizofrenia:

1. Risas inmotivadas.
2. Neologismos.
3. Pensamiento disgregado.
4. Aplanamiento afectivo.

Los síntomas negativos —entre ellos la **abulia** y la **anhedonia**— **a menudo conducen a una escasa motivación** y a una disminución del sentido de propósito y de los objetivos ^{F2}; la **abulia** es precisamente la falta de motivación para la actividad autoiniciada y significativa ^{F4}. OpenStax señala además que la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades importantes en actividades cotidianas como **mantener un trabajo**, pagar las facturas o cuidar de sí mismas ^{F4}.

EIR 2017 · 158

P15 · respuesta en el solucionario

Esquizofrenia y necesidad de realizarse: abulia y anhedonia

En las personas con un Trastorno Esquizofrénico la necesidad de trabajar y realizarse, presenta manifestaciones de dependencia principalmente debido a:

1. Abulia y anhedonia.
2. Glosolalia y lenguaje bizarro.
3. Delirios místicos.
4. Somatización.

Los **deterioros cognitivos** afectan a la atención, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y declarativa, el pensamiento abstracto, la resolución de problemas y la comprensión de las interacciones sociales; un deterioro cognitivo grave es **el principal determinante de la discapacidad global** ^{F2}.

Inicio. El inicio de la esquizofrenia manifiesta puede ser **brusco** (en días o semanas) o **lento e insidioso** (durante años) ^{F2}. La GPC lo dice así: el inicio puede producirse **de forma aguda** o **de forma insidiosa**, y la mayoría de las personas presentan alguna fase prodrómica ^{F1}.

EIR 2013 · 153

P23 · respuesta en el solucionario

Inicio de la esquizofrenia: agudo o insidioso

El inicio de la esquizofrenia se produce:

1. Sin aviso previo y con síntomas prodrómicos.
2. De forma aguda o insidiosa.
3. De forma residual o suspicaz.
4. En la infancia.
5. De una manera estable y continuada en el tiempo.

3. Subtipos clásicos y escalas de valoración

El **DSM-IV-TR** definía cinco subtipos según los síntomas predominantes en la evaluación más reciente, que podían cambiar con el tiempo ^{F1}. La CIE-10 de la OMS tiene subtipos parecidos (paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual), más la depresión postesquizofrénica y la esquizofrenia simple ^{F5}.

Subtipo	Rasgo esencial
Paranoide	Preocupación por los delirios o las alucinaciones auditivas ^{F1} ; delirios relativamente estables, a menudo paranoides ^{F5}
Desorganizado (hebefrénico)	Habla y conducta desorganizadas y afecto plano o inapropiado ^{F1} ; cambios afectivos prominentes, manierismos, ánimo superficial e inapropiado; se diagnostica en adolescentes o adultos jóvenes y el pronóstico suele ser malo por el rápido desarrollo de síntomas negativos ^{F5}
Catatónico	Lo más destacado son los síntomas motores ^{F1} ; alteraciones psicomotoras que alternan entre extremos (hipercinesia y estupor, obediencia automática y negativismo) ^{F5}
Indiferenciado	Ningún rasgo de los demás subtipos predomina ^{F1}
Residual	Ausencia de síntomas positivos con signos persistentes (síntomas negativos o positivos atenuados) ^{F1}

Según la GPC, el tipo **desorganizado** tiende a ser el más grave y el **paranoide** el menos grave ^{F1}. La CIE-10 incluye expresamente la «esquizofrenia desorganizada» dentro de la **hebefrénica** (F20.1) ^{F5}. Las Descripciones clínicas y pautas diagnósticas de la CIE-10 (OMS, 1992) añaden que la forma hebefrénica **suele empezar entre los 15 y los 25 años**, que en ella suelen destacar las **alteraciones del afecto y de la voluntad** y el trastorno del pensamiento, que la conducta se vuelve **sin objetivo y vacía de propósito**, y que tiende a un mal pronóstico por el rápido desarrollo de síntomas «negativos», sobre todo el aplanamiento afectivo y la pérdida de la voluntad ^{F21}.

El DSM-5 ya no usa subtipos

Desde el **DSM-5** (2013) los criterios **ya no identifican subtipos**, porque los síntomas de los pacientes cambiaban de uno a otro y se solapaban; la **catatonía** pasa a ser un especificador ^{F6}. Los subtipos clásicos son los del DSM-IV-TR y la CIE-10 ^{F1,F5}.

Esquizofrenia desorganizada (hebefrénica): características

El trastorno psicológico que se caracteriza por: comienzo precoz coincidente con el inicio de la adolescencia, predominio de trastornos afectivos y conductuales, empobrecimiento del comportamiento y deterioro intelectual, corresponde a:

1. Esquizofrenia catatónica.
2. Esquizofrenia paranoide.
3. Esquizofrenia indiferenciada.
4. Esquizofrenia desorganizada.
5. Son características comunes a todos los tipos de esquizofrenia.

Esquizofrenia catatónica: alteración de la conducta motora

El rasgo esencial de la esquizofrenia catatónica, es:

1. Conducta primitiva, desinhibida y desorganización.
2. Convicciones delirantes de persecución o grandeza.
3. Anormalidad de la conducta motora.
4. Pérdida gradual e insidiosa de la motivación, del interés, de la ambición y de la iniciación.
5. Convicciones delirantes bien sistematizadas.

La **PANSS** (*Positive and Negative Syndrome Scale*, Kay, Fiszbein y Opler, 1987) es un instrumento de **30 ítems** que representa de forma equilibrada los **síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia** y su relación con la psicopatología general; consta de cuatro escalas: síndrome positivo, síndrome negativo, su diferencia y gravedad general ^{F7}.

Para la **manía**, la escala de referencia es la de **Young** (*Mania Rating Scale*, 1978): **11 ítems**, aplicada por el clínico, que distingue niveles de gravedad y detecta el cambio tras el tratamiento ^{F17}.

Escala	Qué valora
PANSS	Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (30 ítems) ^{F7}
Young	Gravedad de la manía (11 ítems) ^{F17}

Escala PANSS: síntomas positivos y negativos

La Escala PANSS, se utiliza para valorar:

1. El grado de deterioro social en personas con esquizofrenia.
2. Los síntomas negativos en el trastorno bipolar.
3. Los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia.
4. El nivel de insight en la persona que padece alucinaciones.

Escala de Young para la manía

Señale cuál de las siguientes escalas sería la indicada para valorar la manía:

1. Escala de Young.
2. Escala de Goldberg.
3. Escala PANSS.
4. Escala de Pfeiffer.

4. Psicosis incipiente: fases, pródromos, DUP e intervención temprana

La GPC española estudia las **fases precoces** de la psicosis en tres apartados sucesivos: **estado mental de alto riesgo** (fase prodrómica), **primer episodio psicótico** y **recuperación tras el primer episodio** ^{F1}. Para la esquizofrenia ya establecida describe otras tres fases —**aguda** (o crisis), **de estabilización** (o postcrisis, de seis meses o más) y **estable** (o de mantenimiento)— que se fusionan sin límites claros ^{F1}. El Manual MSD habla de fases premórbida, prodrómica, de psicosis temprana e intermedia ^{F2}.

La **fase prodrómica**, también llamada fase de **alto riesgo** de desarrollar psicosis, **se caracteriza por una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de pródromos inespecíficos** ^{F1}. Los síntomas prodrómicos más frecuentes son reducción de la concentración y la atención, reducción del impulso y la motivación, depresión, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, suspicacia, deterioro funcional e irritabilidad ^{F1}. Solo entre un **33 y un 58 %** de estas personas harán la transición a la psicosis ^{F1}.

En el primer episodio, la fase prodrómica es un desarrollo **lento y gradual** de signos como retraimiento social, pérdida de interés por la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene, conducta poco habitual o episodios bruscos de enfado; puede durar de varios días a unas semanas y a veces varios meses ^{F1}. A la fase de trastorno sin tratar previa al episodio psicótico la guía la llama **DUI** (*duration of untreated illness*), y dice que puede durar entre dos y cinco años ^{F1}. El pródromo es así **una de las tres fases** por las que evoluciona la psicosis incipiente, la previa al episodio agudo ^{F1}.



Pródromo

Pródromo = desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social con **síntomas inespecíficos**, antes de la psicosis franca; es la primera de las tres fases precoces (alto riesgo, primer episodio, recuperación) ^{F1}.

EIR 2014 · 187

P20 · respuesta en el solucionario

Fase prodrómica de la psicosis: definición y lugar entre las fases del episodio

La fase prodrómica de un episodio psicótico se caracteriza por:

1. Una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social y por la presencia de síntomas inespecíficos.
2. Ser un período crítico durante el cual la persona debe ser tratada.
3. La aparición del primer episodio psicótico.
4. Ser equiparable a lo que se denomina Duración de la Psicosis no tratada.
5. La recuperación funcional del paciente, lo que ocasiona que éste se pueda incorporar a la vida laboral de forma gradual.

Fase prodrómica de la psicosis: definición y lugar entre las fases del episodio

La presencia de pródromos inespecíficos en un trastorno psicótico:

1. Se refiere a una de las tres fases en las que evoluciona un episodio psicótico.
2. Se refiere a la fase aguda.
3. Se refiere a la fase de recuperación.
4. Define el comienzo brusco del primer episodio psicótico.
5. Es una fase en las que el paciente no precisa tratamiento.

La **DUP** (*duration of untreated psychosis*, **duración de la psicosis no tratada**) es el periodo que transcurre **entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica** ^{F1}. Reducirla supone una posibilidad de **prevención secundaria**: una DUP más corta se asocia a mejor respuesta a los antipsicóticos, mejor funcionamiento y mayor calidad de vida, y una más larga, a síntomas negativos más graves ^{F1}.

Pródromo, DUI y DUP no son lo mismo

Pródromo/DUI: antes de la psicosis franca. **DUP**: desde que aparecen los **síntomas psicóticos** hasta que se tratan ^{F1}.

DUP: duración de la psicosis no tratada

¿Cómo se denomina al periodo que transcurre entre la aparición de síntomas psicóticos y el tratamiento de la enfermedad?:

1. DUP: Duración de la Psicosis No Tratada.
2. DUM: Duración del Periodo Psicótico Sin Tratamiento.
3. PEP: Primer Episodio Psicótico.
4. PPSA: Periodo Prodrómico Sin Antipsicóticos.

Tras el primer episodio, la **fase de recuperación** es **una fase de alta vulnerabilidad que abarca de los tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico**: el llamado **periodo crítico** ^{F1}. La vulnerabilidad a las recaídas persiste en aproximadamente el 80 % de los pacientes, y el nivel de funcionamiento a los dos años del diagnóstico es un buen indicador del de quince años después ^{F1}.

Programas de atención temprana. La GPC recomienda programas específicos porque pueden **disminuir o retrasar la transición a la psicosis** (grado A) y mejorar la sintomatología prepsicótica y prevenir el declive social (grado B); también **equipos de detección muy accesibles para disminuir la DUP** y campañas informativas para reconocer los síntomas prodrómicos (grado C) ^{F1}. La asistencia debe ser lo menos restrictiva posible: intervención domiciliaria, entornos residenciales alternativos y programas de día para jóvenes ^{F1}. NICE pide que los servicios de intervención temprana sean accesibles a toda persona con un primer episodio **sea cual sea su edad** o la duración de la psicosis no tratada, y que las personas en riesgo se deriven **sin demora** ^{F9}.

El documento del Servicio Andaluz de Salud sobre detección e intervención temprana en las psicosis reconoce que **no existe un consenso sobre la población diana** y que cada programa define la suya; los de primeros episodios se dirigen a personas de entre 14 y 35 años durante los 3 o 5 primeros años tras el primer episodio ^{F20}. Sus recomendaciones: dirigir la intervención temprana a personas **de 16 a 35 años** con estados mentales de alto riesgo o con psicosis en el **periodo crítico de 3 a 5 años tras el inicio de los síntomas psicóticos**; **facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados**; y que la evaluación considere **escenarios más allá de los dispositivos sanitarios, como el domicilio o los entornos laboral o educativo** ^{F20}.



Periodo crítico

3-5 años tras el primer episodio psicótico: fase de alta vulnerabilidad ^{F1}. La atención temprana busca **acortar la DUP** y acceder **cuanto antes** a los servicios especializados ^{F1,F9,F20}.

EIR 2024 · 197

P4 · respuesta en el solucionario

Intervención temprana en psicosis: periodo crítico de 3-5 años

Señale la respuesta correcta en relación con los programas de intervención temprana en la psicosis:

1. La población diana son personas menores de 18 años que presentan estados mentales de alto riesgo.
2. Las entrevistas de valoración se realizarán preferentemente en el centro de salud mental correspondiente.
3. El objetivo es retrasar al máximo el acceso a los servicios especializados de salud mental con el fin de reducir el estigma.
4. Se considera periodo de alta vulnerabilidad de tres a cinco años tras la recuperación del primer episodio psicótico.

La Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 afirma que **la fase de pródromos de las psicosis es otra de las líneas de interés de investigación** clínica, en coherencia con establecer una **intervención precoz** ^{F8}. Advierte de que basarse en el delirio para diagnosticar «es llegar tarde» ^{F8}, sitúa los pródromos y los primeros episodios entre los problemas emergentes de la **adolescencia** y fija el objetivo de identificarlos precozmente e intervenir en los primeros episodios en esa edad ^{F8}. También recuerda que el **gradiente social** es frecuente, en especial en las psicosis ^{F8}.

EIR 2026 · 59

P2 · respuesta en el solucionario

Pródromos de la psicosis como línea de investigación para intervención precoz

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Psicosis es correcta?:

1. La fase de pródromos de las Psicosis es una de las líneas de interés de investigación para iniciar intervenciones precoces.
2. Es infrecuente la existencia de gradiente social en las personas que padecen Psicosis.
3. Son trastornos mentales emergentes que suelen iniciarse con mayor frecuencia en la edad adulta avanzada.
4. La intervención precoz en la Psicosis significa empezar a trabajar cuando la persona afectada ya presenta delirios y otros síntomas psicóticos.

5. Tratamiento psicosocial, familia y cuidados de enfermería en la psicosis

La OMS incluye en el tratamiento la medicación, la **psicoeducación**, las **intervenciones familiares**, la **terapia cognitivo-conductual** y la rehabilitación psicosocial (entrenamiento en habilidades para la vida); al menos una de cada tres personas con esquizofrenia puede recuperarse por completo ^{F3}. El Manual MSD añade la rehabilitación, la atención especializada coordinada y la prevención de recaídas y del deterioro funcional ^{F2}.

- **TCC**: en la intervención precoz, previene la progresión de la psicosis y reduce la prescripción de fármacos y los síntomas (grado A); protege frente a recaídas en los 18 meses siguientes ^{F1}. NICE la ofrece a todas las personas con psicosis, individual y con al menos 16 sesiones ^{F9}.
- **Psicoeducación**: busca mejorar la calidad de vida del paciente y los cuidadores con ambientes de muy bajo estrés, disminuyendo la probabilidad de recaída y la carga familiar ^{F1}.
- **Intervención familiar**: evita rehospitalizaciones y recaídas y mejora el cumplimiento de la medicación ^{F1}; las intervenciones psicoeducativas familiares **reducen la tasa de recaídas** ^{F2}.
- **Habilidades psicosociales y rehabilitación vocacional**: ayudan a muchos pacientes a trabajar ^{F2}.

★ La psicoterapia sí sirve en la psicosis

Previene **recaídas** (TCC, psicoeducación, intervención familiar) ^{F1,F2}; los programas de atención precoz con TCC mejoran el **funcionamiento social y vocacional** y la calidad de vida ^{F1}, y la rehabilitación vocacional ayuda a trabajar ^{F2}. Incluye a la **familia** ^{F1,F9}.

EIR 2015 · 189

P18 · respuesta en el solucionario

Psicoterapia en trastornos psicóticos: beneficios

El tratamiento psicoterapéutico en los trastornos psicóticos:

1. Es imposible por el grave deterioro de la realidad que sufren los pacientes con este tipo de enfermedad.
2. Está contraindicado.
3. Mejora el curso de la enfermedad, previene las recaídas y mejora las habilidades de afrontamiento y de funcionamiento social y laboral.
4. No tiene en cuenta la intervención familiar, ya que con frecuencia este tipo de trastornos se asocian a familias patológicas.
5. Se refiere al establecimiento de programas de entrenamiento en habilidades sociales.

La **emoción expresada (EE)** es una serie de actitudes de la familia hacia el paciente —**hostilidad, críticas y sobreprotección**— que se relacionan con la tasa de recaídas; es un **potente predictor de recaídas** y mala evolución en la esquizofrenia ^{F1}. Por eso la GPC recomienda la intervención familiar psicoeducativa **basada en el manejo de la emoción expresada** para evitar recaídas (grado A), con programas de al menos seis meses ^{F1}.

Alta EE = «CHS»

Críticas, Hostilidad, Sobreprotección ^{F1}.

Emoción expresada alta en la familia: crítica, hostilidad, sobreimplicación

Cuando en la valoración de enfermería de una persona que padece un trastorno mental, observamos que en la familia hay una “alta emoción expresada”, encontramos:

1. Interacciones asertivas y expresión abierta de sentimientos.
2. Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional.
3. Actitudes de respeto y comprensión hacia la enfermedad mental del familiar.
4. Indiferencia afectiva hacia el proceso de rehabilitación del familiar.

Alucinaciones. Open RN indica vigilar los signos (seguir con la mirada a un interlocutor inexistente, murmurar, pararse como si le interrumpieran), **preguntar por el contenido** de las alucinaciones y por si hay **alucinaciones imperativas** (órdenes), y valorar la ansiedad o el miedo que provocan ^{F10}. Las alucinaciones imperativas de suicidio o de daño a otros exigen **medidas de seguridad** y vigilancia estrecha ^{F10}.

- **No referirse a las alucinaciones como si fueran reales**, para favorecer la prueba de realidad: preguntar «¿qué oye?» y no «¿qué le dicen las voces?» ^{F10}.
- No intentar convencerle de que no son reales: ofrecer la propia percepción y **transmitir empatía** ^{F10}.
- **Promover y guiar la prueba de realidad**: por ejemplo, que mire si los demás de la sala están asustados y, si no lo están, que considere que lo que vive son alucinaciones ^{F10}.
- Centrarse en **actividades basadas en la realidad, en el «aquí y ahora»** (una conversación, un proyecto sencillo) ^{F10}.
- Reconocer los sentimientos asociados **sin reforzar** el delirio ni la alucinación ^{F10}.

Manejo de alucinaciones: no validar su contenido

Entre los cuidados de enfermería a la persona que sufre alucinaciones, señale la intervención que NO estaría indicada:

1. Animar a la persona a que haga una “prueba de realidad”, comprobando la realidad de las alucinaciones con personas de su confianza.
2. Interesarse por el contenido de las alucinaciones para comprobar si este podría ser dañino para el paciente.
3. Administrar neurolépticos y/o ansiolíticos según prescripción médica.
4. Utilizar la asertividad para validar el contenido de las alucinaciones.

Ideas delirantes. La enfermera reconoce y acepta la experiencia y los **sentimientos** que produce el delirio y transmite empatía ^{F10}. **Evita cuestionar o discutir el delirio**: mientras no mejore la capacidad de prueba de realidad, intentar demostrar que es falso puede intensificarlo y hacer que el paciente desconfíe del personal ^{F10}. En lugar de confrontarlo, explora los sentimientos, promueve con suavidad la orientación a la realidad y orienta hacia **actividades del «aquí y ahora»** ^{F10}.



Delirio: sentimientos sí, discusión no

No discutir ni intentar demostrar que es falso, sin reforzarlo; **centrarse en los sentimientos** (el miedo, lo que le haría sentirse seguro) y llevar a la realidad y a actividades concretas del «aquí y ahora» ^{F10}.

EIR 2020 · 127

P11 · respuesta en el solucionario

Manejo de ideas delirantes: no centrarse en su contenido

Según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), ¿cuál de las siguientes intervenciones de enfermería NO estaría indicada en el manejo de ideas delirantes?:

1. Animar al paciente a que fundamente las creencias delirantes con las personas en quien confía.
2. Ayudar al paciente a identificar situaciones sociales donde sería inaceptable comentar las ideas delirantes.
3. Centrar la conversación en el contenido de la idea delirante para poder ayudar al paciente a disminuir la ansiedad.
4. Proporcionar actividades recreativas que requieran atención o habilidad.

6. Trastornos depresivos y terapia electroconvulsiva

Los **trastornos depresivos** se caracterizan por un estado de ánimo **triste, vacío o irritable** lo bastante grave y persistente como para alterar el funcionamiento ^{F11}. Para el **episodio depresivo mayor** deben darse **≥5 síntomas** casi todos los días durante **2 semanas**, y al menos uno debe ser el **ánimo deprimido** o la **pérdida de interés o placer** ^{F11}.

- Ánimo deprimido o pérdida de interés o placer ^{F11}.
- Cambio de peso (> 5 % en un mes), insomnio (a menudo de mantenimiento) o hipersomnia ^{F11}.
- Fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva ^{F11}.
- Dificultad para concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio ^{F11}.

Son frecuentes las manifestaciones **somáticas** (cambio de peso, alteraciones del sueño) y **cognitivas** ^{F11}. Los síntomas que duran **más de 2 años** sin remisión se clasifican como **trastorno depresivo persistente**, que agrupa lo que antes se llamaba depresión mayor crónica y **distimia** ^{F11}. La psicosis, la catatonía y el síndrome melancólico indican depresión **grave** ^{F11}.

La GPC de depresión recoge como datos observables el deterioro del aspecto personal, el enlentecimiento psicomotor, la facies triste y la **verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...)** ^{F13}. En la depresión psicótica, las ideas delirantes suelen girar en torno a haber cometido **pecados o crímenes imperdonables, albergar enfermedades incurables** o vergonzosas o ser perseguido ^{F11}.

EIR 2017 · 160

P14 · respuesta en el solucionario

Depresión: ideas deliroides de culpa, ruina e hipocondría

Entre los síntomas que puede darse en pacientes con un Trastorno Depresivo estarían las ideas deliroides que giran alrededor de:

1. Persecución, culpa, místicas.
2. Culpa, ruina, hipocondría.
3. Perjuicio, despersonalización, difusión.
4. Cosmogónico, autorreferencial, celotípico.

La depresión tiene también consecuencias físicas: **puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras** ^{F11}.

Trastornos depresivos: disminución de defensas e infecciones respiratorias

La aparición de dificultades e infecciones respiratorias como consecuencia de la disminución de las defensas, es una disfuncionalidad que se produce con mayor probabilidad en:

1. Trastornos maníacos.
2. Trastornos depresivos.
3. Trastornos psicóticos.
4. Trastornos de personalidad.
5. Esquizofrenia.

Epidemiología. En 2023 la padeció un **4 %** de la población mundial (5,2 % de los adultos: 4,1 % de los hombres y 6,2 % de las mujeres); es **1,5 veces más frecuente en las mujeres** ^{F14}. En Estados Unidos, la prevalencia a 12 meses es del 13 % en mujeres frente al 7 % en hombres ^{F11}. En los ancianos puede manifestarse como **demencia depresiva (antes seudodemencia)**, con retraso psicomotor y disminución de la concentración ^{F11}.

Suicidio. La conducta suicida es un riesgo sobre todo en la depresión mayor **no tratada** ^{F11}. El riesgo es **cuatro veces mayor** que en la población general y **20 veces** en la depresión grave, y puede incrementarse durante el episodio y en el periodo de **remisión parcial** ^{F13}. El Manual MSD precisa que **puede estar aumentado al comienzo del tratamiento, cuando el retardo psicomotor y la indecisión han mejorado pero el ánimo deprimido solo ha mejorado parcialmente** ^{F12}; la respuesta a los antidepresivos suele llegar en 2-3 semanas ^{F12}.



El momento de más riesgo

Cuando el paciente **empieza a mejorar**: recupera energía e iniciativa (menos inhibición) antes que el ánimo ^{F12,F13}.

Depresión: mayor riesgo suicida al empezar a mejorar

En la atención a una persona con un Trastorno Depresivo, los momentos de mayor riesgo suicida a tener en cuenta son:

1. Después de 6 meses de haber iniciado el tratamiento.
2. Cuando disminuye la inhibición y la melancolía y empieza a mejorar.
3. Cuando se dan cambios estacionales muy marcados.
4. En la fase de cronicidad cuando ya se ha producido una estabilización.

Tratamiento. La depresión leve se trata con medidas generales y psicoterapia; la moderada o grave, con fármacos, psicoterapia o ambos, y a veces con **terapia electroconvulsiva (TEC)**; los **ISRS** son los fármacos de primera elección ^{F11}. Los pacientes con ideación suicida sin apoyo familiar, con síntomas psicóticos o muy debilitados requieren hospitalización ^{F11}.

La **TEC** debería considerarse en la **depresión grave**, sobre todo si se necesita una respuesta rápida por **alta intencionalidad suicida**, deterioro físico grave o fracaso de otros tratamientos (grado A), y siempre con consentimiento informado, en el hospital y por profesionales experimentados ^{F13}. Es efectiva en la depresión mayor grave, **más que la simulada** y **más que el tratamiento a corto plazo con algunos antidepresivos**; la bilateral es más efectiva que la unilateral ^{F13}. El Manual MSD la reserva, si fallan los fármacos, para la depresión suicida grave, con agitación o retraso psicomotor, delirante o **durante el embarazo**, y la considera especialmente eficaz en la depresión psicótica y la **catatonía** ^{F11}; también es eficaz en la **manía** y en la depresión bipolar refractaria ^{F15}. La GPC recoge que NICE la recomienda en la gestante con depresión grave cuando la salud de la madre o del feto está en riesgo ^{F13}.

El **Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva** (2018) afirma que la TEC ha demostrado ser **globalmente la terapéutica más efectiva (70-85 % de respuesta) en los cuadros depresivos graves, por encima de los fármacos antidepresivos** ^{F18}. Entre otras indicaciones recoge el **síndrome neuroléptico maligno**: la TEC **es un tratamiento eficaz cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia**, y podría considerarse de primera línea en situaciones graves con riesgo vital ^{F18}. En el **embarazo** la presenta como un tratamiento eficaz y de bajo riesgo en los tres trimestres y el posparto, y recuerda que la APA y otras directrices la sugieren como opción para la **depresión mayor, el trastorno bipolar y la psicosis durante el embarazo** ^{F18}.

Contraindicaciones. Según la GPC, **la TEC no tiene contraindicaciones absolutas**, aunque sí situaciones de **riesgo relativo**: lesiones cerebrales ocupantes de espacio (**tumores o hemorragias**) u otra causa de presión intracraneal elevada, enfermedades cardiovasculares graves recientes, tratamiento con IMAO o litio y los riesgos propios de la anestesia general ^{F13}. El Consenso coincide: hoy se considera que **no existen contraindicaciones absolutas**, sino situaciones de mayor riesgo que pueden considerarse **contraindicaciones relativas**; tras un accidente vascular cerebral aconseja demorar la TEC al menos 30 días, y más cuanto más extenso sea (especialmente si es hemorrágico) ^{F18}. Efectos adversos: confusión y deterioro agudo de la memoria; la amnesia retrógrada puede persistir ^{F11}.



TEC: sin contraindicaciones absolutas

Las lesiones cerebrales ocupantes de espacio, **incluidas las hemorragias**, son situaciones de riesgo **relativo**, no contraindicaciones absolutas ^{F13,F18}.

«La más efectiva»: dos formulaciones

El Consenso Español dice que la TEC es **globalmente la más efectiva en los cuadros depresivos graves, por encima de los fármacos antidepresivos** ^{F18}. La GPC de depresión es más prudente: la compara con el tratamiento **a corto plazo con algunos antidepresivos**, no con todos, y la reserva para la depresión grave ^{F13}.

Terapia electroconvulsiva: contraindicaciones

En relación con la Terapia Electroconvulsiva (TEC), señale la respuesta INCORRECTA:

1. En cuadros depresivos graves ha demostrado ser globalmente la opción terapéutica más efectiva por encima de los fármacos antidepresivos.
2. Se considera un tratamiento eficaz en el síndrome neuroléptico maligno cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia.
3. Es una contraindicación absoluta haber padecido una hemorragia cerebral reciente.
4. La TEC es una opción de tratamiento para la depresión mayor, trastorno bipolar y psicosis en la mujer gestante.

7. Trastorno bipolar: manía e hipomanía

Los **trastornos bipolares** se caracterizan por **episodios alternantes de manía y depresión**, aunque en muchos pacientes predomina uno sobre el otro ^{F15}. La OMS los define por episodios **maníacos (o hipomaníacos) y depresivos** ^{F16}.

La GPC española sobre trastorno bipolar lo considera un **trastorno mental grave** que se caracteriza por un **estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos**: la manía (exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión (tristeza, inhibición e ideas de muerte); es una enfermedad **crónica y recurrente** que, especialmente en los casos mal o infradiagnosticados, resulta devastadora, con una **enorme carga socioeconómica y sanitaria** ^{F19}. Los casos «clásicos», con **restitución *ad integrum* entre las fases**, son una minoría: lo más frecuente es un deterioro al menos funcional **aun en estado de eutimia** ^{F19}. Tras el primer episodio puede transcurrir un **largo periodo de eutimia (de hasta 4-5 años)**, y a partir de ahí el intervalo entre episodios se va acortando ^{F19}. El Manual MSD describe un curso de **recidivas y remisiones**: las remisiones suelen ser completas, pero muchos pacientes tienen síntomas residuales ^{F15}.

Afecta a **1 de cada 226 personas (0,4 %)** en el mundo, con una prevalencia similar en hombres y mujeres; **aumenta el riesgo de suicidio** y quienes lo padecen mueren **13 años antes** que la población general ^{F16}. El Manual MSD da una prevalencia a 12 meses del 2,5 % en hombres y 2,3 % en mujeres, y un **15-20 %** de muertes por suicidio ^{F15}.

Tipo	Definición ^{F15}
Bipolar I	Al menos 1 episodio maníaco ; la mayoría tiene también episodios depresivos
Bipolar II	Al menos 1 episodio depresivo mayor y 1 hipomaníaco , sin episodios maníacos
Ciclotimia	Periodos prolongados (> 2 años) con episodios hipomaníacos y depresivos que no cumplen los criterios completos

EIR 2013 · 152

P24 · respuesta en el solucionario

Trastorno bipolar: definición (alternancia de episodios maníacos y depresivos)

Las características del trastorno bipolar son:

1. Es un trastorno mental leve que cursa con un estado de ánimo eufórico.
2. Es un trastorno mental grave que afecta a la esfera cognitiva del paciente.
3. Es un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo que se mantiene en el tiempo.
4. Es una enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos opuestos.
5. Es un trastorno mental agudo con escasa carga socioeconómica y sanitaria.

Trastorno bipolar: definición (alternancia de episodios maníacos y depresivos)

En la clasificación del DSM-IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se incluye el trastorno bipolar. Se define como:

1. Síndrome que implica un conjunto de síntomas como la tristeza, culpa o pérdida del impulso vital.
2. Disminución de la capacidad para obtener placer, lo que lleva a la persona al aislamiento e improductividad.
3. Trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios de euforia o depresión alternados con fase de eutimia.
4. Alteración inducida por sustancias que producen un estado de ánimo expansivo o irritable.
5. Estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo.

Episodio maníaco: ánimo elevado, expansivo o irritable que dura **≥1 semana** (o menos si requiere hospitalización), con **≥3** síntomas adicionales (**≥4** si el ánimo es solo irritable): autoestima inflada o megalomanía, **menor necesidad de sueño**, verborrea o presión del habla, **fuga de ideas**, distraibilidad, aumento de la actividad o agitación, y conductas de riesgo (compras compulsivas, inversiones insensatas, indiscreciones sexuales) ^{F15}. Debe causar **deterioro grave**, tener síntomas psicóticos o requerir hospitalización ^{F15}.

Episodio hipomaniaco: periodo en el que el ánimo es anormal y persistentemente **elevado, expansivo o irritable**, con **aumento de la actividad o la energía**, la mayor parte del día y casi todos los días ^{F15}. **Dura ≥4 días** e incluye **≥3** de los síntomas adicionales; se diferencia del maníaco en que **no hay síntomas psicóticos, deterioro marcado ni necesidad de hospitalización** ^{F15}.

	Manía	Hipomanía	Ciclotimia
Duración mínima ^{F15}	≥1 semana	≥4 días	> 2 años
Deterioro / psicosis / ingreso ^{F15}	Sí (alguno)	No	Síntomas que no cumplen criterios completos

7-4-2

Manía **7 días**, hipomanía **4 días**, ciclotimia **2 años** ^{F15}.

Episodio hipomaníaco: definición

Un episodio hipomaniaco se caracteriza por:

1. Un periodo de estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Un periodo de estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Un periodo, de dos años como mínimo, durante el cual han existido numerosos periodos con síntomas de ánimo elevado, con numerosos periodos con síntomas de ánimo deprimido y han estado presentes la mayor parte del día, casi todos los días.
4. Un periodo de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, con disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

Tratamiento. Para los episodios agudos menos graves y sin contraindicaciones (p. ej., trastornos renales), el **litio** es una buena primera elección tanto para los episodios maníacos como para los depresivos, aunque su inicio es lento (4-10 días) ^{F15}. La gravedad de la manía se mide con la **escala de Young** ^{F17}.

Cuidados de enfermería. La GPC de trastorno bipolar incluye un plan de cuidados por patrones funcionales con diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC ^{F19}. Para el diagnóstico **Desesperanza (00124)** propone las NIC **Dar esperanza (5310)**, **Apoyo emocional (5270)**, Control del humor (5330), Presencia (5340), Seguimiento telefónico (8190) y Gestión de casos (7320) ^{F19}. La NIC Manejo de las ideas ilusorias (6450) aparece en otros diagnósticos (Confusión aguda, Trastorno de la identidad personal), no en el de Desesperanza ^{F19}.

NIC para el diagnóstico Desesperanza: dar esperanza

En el estándar de enfermería de los trastornos del estado de ánimo, en el diagnóstico enfermero “Desesperanza”, es posible identificar como intervención (NIC):

1. Facilitar el duelo.
2. Autocontrol de la agresión.
3. No es posible identificar ningún NIC porque es un problema de colaboración
4. Dar esperanza y apoyo emocional.
5. Manejo de ideas ilusorias.

Todas las preguntas del tema (29)

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

EIR 2026 · 67

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Esquizofrenia es cierta?:

1. Es un trastorno crónico que genera un deterioro en el funcionamiento social.
2. La edad de debut del trastorno es más temprano en las mujeres que en los hombres.
3. Es un diagnóstico con menor incidencia en los hombres.
4. Las ideas delirantes, las alucinaciones y la conducta desorganizada definen los síntomas negativos propios del trastorno.

EIR 2026 · 59

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Psicosis es correcta?:

1. La fase de pródromos de las Psicosis es una de las líneas de interés de investigación para iniciar intervenciones precoces.
2. Es infrecuente la existencia de gradiente social en las personas que padecen Psicosis.
3. Son trastornos mentales emergentes que suelen iniciarse con mayor frecuencia en la edad adulta avanzada.
4. La intervención precoz en la Psicosis significa empezar a trabajar cuando la persona afectada ya presenta delirios y otros síntomas psicóticos.

EIR 2025 · 200

P3 · respuesta en el solucionario

Señale cuál de los siguientes se considera un síntoma negativo de la esquizofrenia:

1. Risas inmotivadas.
2. Neologismos.
3. Pensamiento disgregado.
4. Aplanamiento afectivo.

EIR 2024 · 197

P4 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta correcta en relación con los programas de intervención temprana en la psicosis:

1. La población diana son personas menores de 18 años que presentan estados mentales de alto riesgo.
2. Las entrevistas de valoración se realizarán preferentemente en el centro de salud mental correspondiente.
3. El objetivo es retrasar al máximo el acceso a los servicios especializados de salud mental con el fin de reducir el estigma.
4. Se considera periodo de alta vulnerabilidad de tres a cinco años tras la recuperación del primer episodio psicótico.

La Escala PANSS, se utiliza para valorar:

1. El grado de deterioro social en personas con esquizofrenia.
2. Los síntomas negativos en el trastorno bipolar.
3. Los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia.
4. El nivel de insight en la persona que padece alucinaciones.

¿Cómo se denomina al periodo que transcurre entre la aparición de síntomas psicóticos y el tratamiento de la enfermedad?:

1. DUP: Duración de la Psicosis No Tratada.
2. DUM: Duración del Periodo Psicótico Sin Tratamiento.
3. PEP: Primer Episodio Psicótico.
4. PPSA: Periodo Prodrómico Sin Antipsicóticos.

¿A qué trastorno mental actual se corresponde la denominada “dementia praecox” por Emil Kraepelin en el Siglo XIX?:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Síndrome de Wernicke- Korsakoff.
3. Depresión endógena.
4. Esquizofrenia.

Entre los cuidados de enfermería a la persona que sufre alucinaciones, señale la intervención que NO estaría indicada:

1. Animar a la persona a que haga una “prueba de realidad”, comprobando la realidad de las alucinaciones con personas de su confianza.
2. Interesarse por el contenido de las alucinaciones para comprobar si este podría ser dañino para el paciente.
3. Administrar neurolépticos y/o ansiolíticos según prescripción médica.
4. Utilizar la asertividad para validar el contenido de las alucinaciones.

Cuál de los siguientes síntomas, se considera un “síntoma negativo” en la esquizofrenia:

1. Alucinaciones auditivas.
2. Aplanamiento afectivo.
3. Conducta extravagante.
4. Ideas delirantes de contenido paranoide.

Señale cuál de las siguientes escalas sería la indicada para valorar la manía:

1. Escala de Young.
2. Escala de Goldberg.
3. Escala PANSS.
4. Escala de Pfeiffer.

Según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), ¿cuál de las siguientes intervenciones de enfermería NO estaría indicada en el manejo de ideas delirantes?:

1. Animar al paciente a que fundamente las creencias delirantes con las personas en quien confía.
2. Ayudar al paciente a identificar situaciones sociales donde sería inaceptable comentar las ideas delirantes.
3. Centrar la conversación en el contenido de la idea delirante para poder ayudar al paciente a disminuir la ansiedad.
4. Proporcionar actividades recreativas que requieran atención o habilidad.

En la atención a una persona con un Trastorno Depresivo, los momentos de mayor riesgo suicida a tener en cuenta son:

1. Después de 6 meses de haber iniciado el tratamiento.
2. Cuando disminuye la inhibición y la melancolía y empieza a mejorar.
3. Cuando se dan cambios estacionales muy marcados.
4. En la fase de cronicidad cuando ya se ha producido una estabilización.

La necesidad de movilización en un paciente con un Trastorno Esquizofrénico puede presentar manifestaciones de dependencia debido a trastornos del movimiento tales como:

1. Parálisis de los miembros inferiores.
2. Letargia, inhibición.
3. Estereotipias o manierismos.
4. Logoclonía, parestesias.

Entre los síntomas que puede darse en pacientes con un Trastorno Depresivo estarían las ideas deliroides que giran alrededor de:

1. Persecución, culpa, místicas.
2. Culpa, ruina, hipocondría.
3. Perjuicio, despersonalización, difusión.
4. Cosmogónico, autorreferencial, celotípico.

En las personas con un Trastorno Esquizofrénico la necesidad de trabajar y realizarse, presenta manifestaciones de dependencia principalmente debido a:

1. Abulia y anhedonia.
2. Glosolalia y lenguaje bizarro.
3. Delirios místicos.
4. Somatización.

Un episodio hipomaniaco se caracteriza por:

1. Un periodo de estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Un periodo de estado de animo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, con aumento de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Un periodo, de dos años como mínimo, durante el cual han existido numerosos periodos con síntomas de ánimo elevado, con numerosos periodos con síntomas de ánimo deprimido y han estado presentes la mayor parte del día, casi todos los días.
4. Un periodo de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, con disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

La aparición de dificultades e infecciones respiratorias como consecuencia de la disminución de las defensas, es una disfuncionalidad que se produce con mayor probabilidad en:

1. Trastornos maniacos.
2. Trastornos depresivos.
3. Trastornos psicóticos.
4. Trastornos de personalidad.
5. Esquizofrenia.

El tratamiento psicoterapéutico en los trastornos psicóticos:

1. Es imposible por el grave deterioro de la realidad que sufren los pacientes con este tipo de enfermedad.
2. Está contraindicado.
3. Mejora el curso de la enfermedad, previene las recaídas y mejora las habilidades de afrontamiento y de funcionamiento social y laboral.
4. No tiene en cuenta la intervención familiar, ya que con frecuencia este tipo de trastornos se asocian a familias patológicas.
5. Se refiere al establecimiento de programas de entrenamiento en habilidades sociales.

La presencia de pródromos inespecíficos en un trastorno psicótico:

1. Se refiere a una de las tres fases en las que evoluciona un episodio psicótico.
2. Se refiere a la fase aguda.
3. Se refiere a la fase de recuperación.
4. Define el comienzo brusco del primer episodio psicótico.
5. Es una fase en las que el paciente no precisa tratamiento.

La fase prodrómica de un episodio psicótico se caracteriza por:

1. Una desviación del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social y por la presencia de síntomas inespecíficos.
2. Ser un período crítico durante el cual la persona debe ser tratada.
3. La aparición del primer episodio psicótico.
4. Ser equiparable a lo que se denomina Duración de la Psicosis no tratada.
5. La recuperación funcional del paciente, lo que ocasiona que éste se pueda incorporar a la vida laboral de forma gradual.

En la clasificación del DSM-IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se incluye el trastorno bipolar. Se define como:

1. Síndrome que implica un conjunto de síntomas como la tristeza, culpa o pérdida del impulso vital.
2. Disminución de la capacidad para obtener placer, lo que lleva a la persona al aislamiento e improductividad.
3. Trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios de euforia o depresión alternados con fase de eutimia.
4. Alteración inducida por sustancias que producen un estado de ánimo expansivo o irritable.
5. Estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo.

Los delirios son síntomas característicos de la esquizofrenia que:

1. Incluyen alteraciones de la sensopercepción.
2. Implican alucinaciones psicomotoras.
3. Representan una creencia falsa basada en una interpretación errónea de la realidad por parte del paciente.
4. Consisten en una incapacidad del individuo para adaptarse a las normas sociales.
5. Se equiparan a las ilusiones.

El inicio de la esquizofrenia se produce:

1. Sin aviso previo y con síntomas prodrómicos.
2. De forma aguda o insidiosa.
3. De forma residual o suspicaz.
4. En la infancia.
5. De una manera estable y continuada en el tiempo.

Las características del trastorno bipolar son:

1. Es un trastorno mental leve que cursa con un estado de ánimo eufórico.
2. Es un trastorno mental grave que afecta a la esfera cognitiva del paciente.
3. Es un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo que se mantiene en el tiempo.
4. Es una enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos opuestos.
5. Es un trastorno mental agudo con escasa carga socioeconómica y sanitaria.

El trastorno psicológico que se caracteriza por: comienzo precoz coincidente con el inicio de la adolescencia, predominio de trastornos afectivos y conductuales, empobrecimiento del comportamiento y deterioro intelectual, corresponde a:

1. Esquizofrenia catatónica.
2. Esquizofrenia paranoide.
3. Esquizofrenia indiferenciada.
4. Esquizofrenia desorganizada.
5. Son características comunes a todos los tipos de esquizofrenia.

¿Quién acuñó el término de Esquizofrenia?:

1. Kraepelin.
2. Meyer.
3. Yung.
4. Bleuler.
5. Von Feuchtersleben.

La esquizofrenia afecta a la población mundial en:

1. 1 por 100.000 habitantes.
2. 1 por 100 habitantes.
3. 1 por 1.000 habitantes.
4. 5 por 100.000 habitantes.
5. 5 por 1.000 habitantes.

El rasgo esencial de la esquizofrenia catatónica, es:

1. Conducta primitiva, desinhibida y desorganización.
2. Convicciones delirantes de persecución o grandeza.
3. Anormalidad de la conducta motora.
4. Pérdida gradual e insidiosa de la motivación, del interés, de la ambición y de la iniciación.
5. Convicciones delirantes bien sistematizadas.

¿Qué tipo de alucinaciones son más frecuentes en la esquizofrenia?:

1. Visuales.
2. Gustativas.
3. Auditivas.
4. Olfatorias.
5. Cenestésicas.

Preguntas que también podrían ser de este tema (9)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2023 · 195

P30 · respuesta en el solucionario

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.

EIR 2021 · 77

P31 · respuesta en el solucionario

Cuando en la valoración de enfermería de una persona que padece un trastorno mental, observamos que en la familia hay una “alta emoción expresada”, encontramos:

1. Interacciones asertivas y expresión abierta de sentimientos.
2. Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional.
3. Actitudes de respeto y comprensión hacia la enfermedad mental del familiar.
4. Indiferencia afectiva hacia el proceso de rehabilitación del familiar.

EIR 2020 · 122

P32 · respuesta en el solucionario

En relación con la Terapia Electroconvulsiva (TEC), señale la respuesta INCORRECTA:

1. En cuadros depresivos graves ha demostrado ser globalmente la opción terapéutica más efectiva por encima de los fármacos antidepresivos.
2. Se considera un tratamiento eficaz en el síndrome neuroléptico maligno cuando falla el tratamiento de soporte junto con la farmacoterapia.
3. Es una contraindicación absoluta haber padecido una hemorragia cerebral reciente.
4. La TEC es una opción de tratamiento para la depresión mayor, trastorno bipolar y psicosis en la mujer gestante.

Antonio es un adulto joven diagnosticado de depresión desde hace dos años. Actualmente trabaja como comercial pero está teniendo múltiples problemas con uno de sus compañeros de trabajo. El rol de la enfermera se centra en ser una presencia comprensiva para Antonio. De acuerdo con el modelo conceptual de Dorothea Orem, indique qué método de ayuda utiliza la enfermera para compensar la limitación de acción de Antonio.

1. Actuar por otra persona.
2. Guiar y dirigir.
3. Proporcionar soporte psicológico.
4. Proporcionar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.

En el estándar de enfermería de los trastornos del estado de ánimo, en el diagnóstico enfermero “Desesperanza”, es posible identificar como intervención (NIC):

1. Facilitar el duelo.
2. Autocontrol de la agresión.
3. No es posible identificar ningún NIC porque es un problema de colaboración
4. Dar esperanza y apoyo emocional.
5. Manejo de ideas ilusorias.

En el informe de salud de la Sra. P. T. de 83 años de edad, se recoge que presenta un cuadro depresivo. Respecto a la depresión en las personas mayores se ha descrito que:

1. Es infrecuente que presenten síntomas somáticos.
2. No es característico que aparezcan trastornos cognitivos.
3. La escala de Yesavage es un instrumento para establecer un diagnóstico seguro de depresión.
4. Existe unanimidad al afirmar que tiene unas manifestaciones específicas en mayores.
5. Puede haber cuadros de seudodemencia, con síntomas de demencia pero originados por estados depresivos.

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.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 67	1	
P2	EIR 2026 · 59	1	
P3	EIR 2025 · 200	4	
P4	EIR 2024 · 197	4	
P5	EIR 2023 · 194	3	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2023 · 192	1	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2022 · 209	4	
P8	EIR 2022 · 176	4	
P9	EIR 2022 · 172	2	
P10	EIR 2021 · 80	1	
P11	EIR 2020 · 127	3	
P12	EIR 2017 · 229	2	
P13	EIR 2017 · 161	3	
P14	EIR 2017 · 160	2	
P15	EIR 2017 · 158	1	
P16	EIR 2016 · 224	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2015 · 191	2	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2015 · 189	3	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2015 · 188	1	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2014 · 187	1	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2014 · 172	3	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2014 · 171	3	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 153	2	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2013 · 152	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2006 · 95	4	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2005 · 91	4	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2005 · 90	2	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2005 · 89	3	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2005 · 88	3	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2023 · 195	1	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2021 · 77	2	
P32	EIR 2020 · 122	3	
P33	EIR 2016 · 89	3	hoja del archivo oficial
P34	EIR 2015 · 192	4	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2015 · 178	5	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2014 · 175	1	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2012 · 96	4	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2012 · 95	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (Fòrum de Salut Mental, AIAQS). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1.ª ed., marzo de 2009 (GuíaSalud la mantiene publicada con el aviso de que está pendiente de actualización). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf · consultada 2026-09-27
- **F2** Keshavan MS. Esquizofrenia. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa: julio de 2025; última actualización: enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia> · consultada 2026-09-27
- **F3** Organización Mundial de la Salud. Schizophrenia (hoja informativa). 11 de septiembre de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> · consultada 2026-09-27
- **F4** 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
- **F5** Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10), versión 2019: F20 Schizophrenia (F20.0-F20.5). · <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20> · consultada 2026-09-27
- **F6** American Psychiatric Association. Schizophrenia (DSM-5 Fact Sheet). 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (04/02/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Schizophrenia.pdf · consultada 2026-09-27
- **F7** Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261-76 (resumen). · <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261> · consultada 2026-09-27
- **F8** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Aprobada por el Consejo Interterritorial el 2 de diciembre de 2021. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf · consultada 2026-09-27
- **F9** National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178). Publicada en 2014; última actualización: 4 de septiembre de 2026. · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-27
- **F10** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Mental Health and Community Concepts, 2.ª ed. WisTech Open (CC BY). §11.4 «Applying the Nursing Process to Schizophrenia». Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (17/06/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingmhcc/chapter/11-4-applying-the-nursing-process/> · consultada 2026-09-27
- **F11** Coryell W. Trastornos depresivos. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa: enero de 2026; última actualización: mayo de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos> · consultada 2026-09-27
- **F12** Coryell W. Tratamiento farmacológico de la depresión. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa: enero de 2026; última actualización: mayo de 2026. ·

<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/tratamiento-farmacol%3%B3gico-de-la-depresi%3%B3n> · consultada 2026-09-27

- **F13** Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (Avalia-t). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F14** Organización Mundial de la Salud. Depressive disorder (depression) (hoja informativa). 11 de septiembre de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> · consultada 2026-09-27
- **F15** Coryell W. Trastornos bipolares. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa: enero de 2026; última actualización: mayo de 2026. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/trastornos-bipolares> · consultada 2026-09-27
- **F16** Organización Mundial de la Salud. Bipolar disorder (hoja informativa). 11 de septiembre de 2026. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder> · consultada 2026-09-27
- **F17** Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35 (resumen). · <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429> · consultada 2026-09-27
- **F18** Bernardo Arroyo M, González-Pinto Arrillaga A, Urretavizcaya Sarachaga M (coords.) y Grupo de Trabajo. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018. Avalado por la Sociedad Española de Psiquiatría; alojado en la web oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (pp. 5, 8, 9, 45 y 51). · https://sepsm.org/wp-content/uploads/2022/06/2018_Consenso_TEC.pdf · consultada 2026-09-29
- **F19** Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastorno Bipolar (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Universidad de Alcalá). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 (pp. 59-60, 295 y 297). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf · consultada 2026-09-29
- **F20** Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Detección e intervención temprana en las psicosis. Servicio Andaluz de Salud; 2010 (pp. 23, 87-88 y 92). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf · consultada 2026-09-29
- **F21** Organización Mundial de la Salud. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: OMS; 1992. F20.1 Hebephrenic schizophrenia (pp. 90-91). · <https://iris.who.int/handle/10665/37958> · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- EIR2023-195 (paratimia como síntoma afectivo): ninguna fuente válida consultada (MSD, OMS, OpenStax, CIE-10 y sus descripciones clínicas de 1992) define «paratimia»; lo más próximo es el afecto inapropiado de la CIE-10. Búsqueda del 29/09/2026: solo blogs y webs de divulgación psicológica, que no son fuente. No se intercala.
- EIR2017-161 (estereotipias o manierismos en la esquizofrenia): las fuentes consultadas citan manierismos (CIE-10 y sus descripciones clínicas de 1992, hebefrenia) y signos catatónicos, pero no «estereotipias» en la esquizofrenia (las descripciones clínicas de la CIE-10 solo las nombran en el trastorno catatónico orgánico, F06.1; MSD, introducción y esquizofrenia, tampoco); la sección no permite descartar con seguridad la opción de inhibición (el estupor catatónico). No se intercala.
- EIR2020-127 (opción 1, animar al paciente a fundamentar las creencias delirantes con personas de confianza): es una actividad de la NIC Manejo de las ideas ilusorias (6450), que no es de acceso abierto; la

GPC de trastorno bipolar solo nombra la NIC, Open RN habla de comparar las percepciones con personas de confianza solo para las alucinaciones, la ficha de la Junta de Castilla y León no lo dice y el plan de cuidados del CODEM reproduce la NIC (copia de terceros). La pregunta sigue intercalada: la sección descarta la opción 3 (búsqueda del 29/09/2026).

- La GPC de esquizofrenia de 2009 figura en GuíaSalud como pendiente de actualización; revisar si aparece una nueva edición.
- EIR2016-089, EIR2015-178, EIR2014-175, EIR2012-095 y EIR2012-096 ya están intercaladas en otros temas (M01-T02, M20-T02 y M22-T01) y no se repiten aquí.